

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Cleci Raquel Antonio

**CAMINHOS ANTIMANICOMIAIS: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS**

Santa Maria, RS
2019

Cleci Raquel Antonio

**CAMINHOS ANTIMANICOMIAIS: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientadora: Profa. Me. Nadianna Rosa Marques

Santa Maria, RS
2019

Cleci Raquel Antonio

**CAMINHOS ANTIMANICOMIAIS: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS**

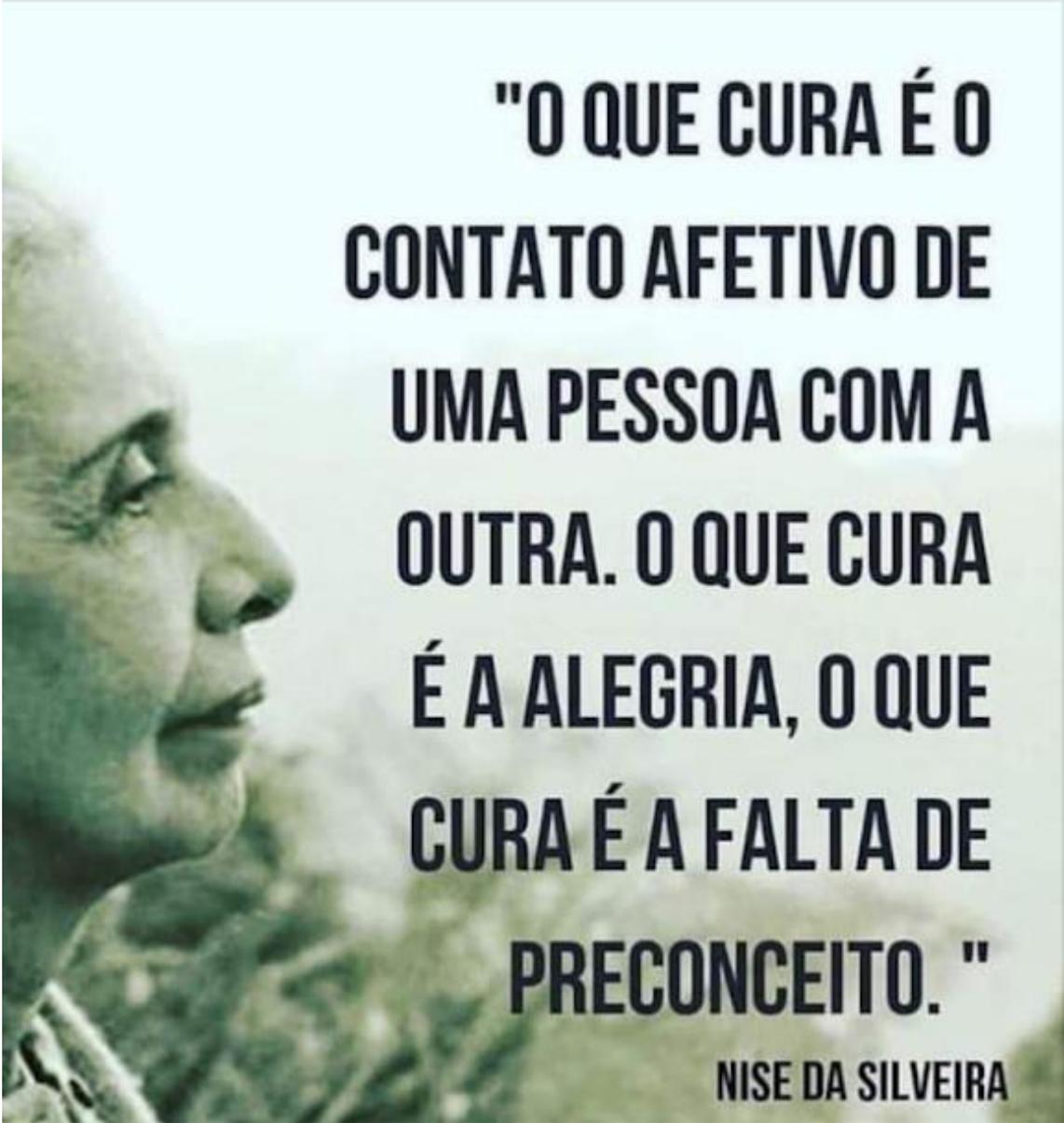
Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Graduação
em Serviço Social, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para a obtenção
de título de **Bacharela em Serviço
Social**.

Aprovado em 11 de dezembro de 2019:

Nadianna Rosa Marques, Me. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Amanda de Lemos Mello, Me. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019



**"O QUE CURA É O
CONTATO AFETIVO DE
UMA PESSOA COM A
OUTRA. O QUE CURA
É A ALEGRIA, O QUE
CURA É A FALTA DE
PRECONCEITO. "**

NISE DA SILVEIRA

RESUMO

CAMINHOS ANTIMANICOMIAIS: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS

AUTORA: Cleci Raquel Antonio
ORIENTADORA: Nadianna Rosa Marques

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo compreender e analisar a intervenção do serviço social no âmbito na saúde mental, inserido em uma unidade hospitalar psicossocial, bem como perceber os processos históricos da política de saúde mental. Trata-se de um relato de experiência tendo como base revisão bibliográfica e o método dialético crítico, a partir da vivência do campo de estágio curricular da graduação em Serviço Social, realizado em uma unidade hospitalar de internação psicossocial; trazendo a importância da inserção do assistente social dentro do grupo de familiares, articulando juntamente com os outros profissionais, uma dinâmica que leve a democratização de informações. Os resultados apontados com esse trabalho estão na importância de ampliar essa discussão no âmbito do Serviço Social, contribuindo para as pesquisas nessa área e a necessidade de fortalecer a atuação dos assistentes sociais frente a grupos operativos na saúde mental, com vistas a articular os pressupostos ético político da profissão com as diretrizes da reforma psiquiátrica, em busca da defesa da política de saúde mental.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; Grupo de familiares.

ABSTRACT

ANTIMANICOMIAIS PATHS: SOCIAL WORK IN MENTAL HEALTH IN UNDEMOCRATIC TIMES

AUTHOR: Cleci Raquel Antonio
ADVISOR: Me^a. Nadianna Rosa Marques

The present work of completion of course aims to understand and analyze the intervention of social services in the mental health scope, inserted in a psychosocial hospital unit, as well as to perceive the historical processes of mental health policy. This is an experience report based on a bibliographic review and the critical dialectical method, based on the experience of the curricular internship field of the undergraduate course in Social Work, carried out in a psychosocial hospitalization hospital unit; bringing the importance of the insertion of the social worker within the group of family members, articulating together with other professionals, a dynamic that leads to the democratization of information. The results pointed out with this work are the importance of expanding this discussion within the Social Work, contributing to research in this area and the need to strengthen the performance of social workers in the face of operational groups in health with a view to articulating the ethical political assumptions of the profession with the guidelines of psychiatric reform, in search of the defense of mental health policy.

Keywords: Social work; mental health; Family members

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Perfil da saúde pública no Brasil 2018	22
Figura 2 - Descreve a articulação da RAPS	36
Figura 3 - Relatório de Gestão 2018, situação da saúde mental:.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

CAPs - Caixas De Aposentadorias e Pensões

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

CGSM - Coordenação Geral de Saúde Mental

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DISAM - Saúde Mental do Distrito Federal

IAPs - Institutos de Aposentadoria E Pensões

INPS - Instituto Nacional do Seguro Social

NAPS - Núcleos de Assistência Psicossocial

OMS - Organização Mundial da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

CTs - Comunidades Terapêuticas

SUS - Sistema Único de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UIP - Unidade Internação Psicossocial

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MRP – Movimento de Reforma Psiquiátrica

PTS - Projeto Terapêutico Singular

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUDS - Sistema de Unificado e Descentralizado de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

MS - Ministério da Saúde

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

PVC - Programa de Volta para Casa

CF- Constituição Federal

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

ESF- Estratégia da Saúde da Família

PNH - Política Nacional de Humanização

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

ECT- Eletroconvulsoterapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CAPÍTULO 1: A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE	15
2.1 MOVIMENTO DE REFORMA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	24
2.2 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS.....	37
3 CAPÍTULO 2: A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	41
4 CAPÍTULO 30: A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO PSICOSSOCIAL PAULO GUEDES.....	50
4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO MÃO AMIGA: GRUPO DE APOIO A FAMILIARES.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DOS ENCONTROS E CALENDÁRIO.	74
APÊNDICE B - MATERIAL FORNECIDO AOS FAMILIARES SOBRE A REDE PSICOSSOCIAL DE SANTA MARIA	75
APÊNDICE C - LOCAL DOS ENCONTROS	76
APÊNDICE D – CAMINHADA ANTIMANICOMIAL EM MAIO DE 2019	77
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO.....	78

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a trajetória da Saúde Pública brasileira e a inserção do Serviço Social na saúde, mais especificamente, na saúde mental, sendo que o trabalho do assistente social no campo da saúde é marcado historicamente por desafios recorrentes, da sua inserção à consolidação profissional na política de saúde mental na contemporaneidade. Tem-se um acúmulo de discussões produzidas para a saúde pública através das ferramentas que o Serviço Social, juntamente com outros profissionais, desenvolvem e aprimoram ao longo da Reforma Sanitária, da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP), tornando-as coletivas.

Do conhecimento acumulado nas lutas sociais para a sua *práxis*, o assistente social contribui para a politização do campo da saúde, inserindo o debate sobre os Determinantes Sociais de forma definitiva. Nos dias atuais se insere nas frentes de trabalho, para demarcar um posicionamento ético político da categoria profissional, que luta por um SUS menos centrado na figura do médico com o foco somente na doença, nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades. Pela luta intransigente dos direitos humanos e a democratização da informação como ferramenta de garantia e luta pela efetivação das políticas públicas, mais especificamente da saúde mental ao qual o presente trabalho nos apresenta.

Ao ser reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fator que vem a contribuir à ampliação da inserção do assistente social no campo da saúde, foi a mudança no processo de gestão dessa política, tendo a descentralização político e administrativa como principal estratégia (OMS, 1990).

A partir de 1999 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), publicou uma ementa que caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde, para legitimar as competências e atribuições desses profissionais nessa área de atuação, visando aperfeiçoar suas técnicas para melhor capacitar os profissionais a partir de uma ótica interdisciplinar (CFESS, 1999).

A política pública de saúde no Brasil, historicamente, é a política que mais absorve profissionais de Serviço Social. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 218/97 (BRASIL, 1997), reconhece o Assistente Social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior. Desde então, os Assistentes Sociais vêm assumindo novas funções no setor municipal, estadual e federal, participando do processo de gestão da saúde, atuando nos Conselhos Municipais de saúde (CMS), formulando políticas, planejamento, monitoramento e atuando na avaliação destas políticas.

Com o propósito de conhecer a realidade social e discutir sobre a prática dos profissionais Assistentes Sociais atuantes na Saúde, desvelar as técnicas de intervenção e conhecer melhor os processos de trabalho desse profissional nesta área, este trabalho traz a trajetória da profissão de Assistente Social e discute as contribuições desse profissional para a área da saúde mental, qualificando atendimentos e somar resultados positivos no acompanhamento dos usuários e seus familiares, mais especificamente fazendo ações dentro de grupos para este segmento, com o objetivo de promoção e prevenção de saúde mental, levar informações para ajudar na quebra do estigma da doença mental, controle social para fortalecer o SUS e conhecimento de seus direitos.

Este tema é de relevância para a política de saúde mental e para formação do Assistente Social, pois a Lei da Reforma Psiquiátrica vai ao encontro com o Código de Ética do Assistente Social e com a efetivação das dimensões da profissão. O profissional deve se posicionar politicamente diante da realidade, para intervir nela e, assim, ter consciência de qual é a direção a ser seguida. No caso da política da saúde mental é a luta diária pela sua efetivação e manutenção dos direitos garantidos pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

A dimensão técnico-operativa apresenta o papel da ação profissional na formulação e execução de políticas sociais, para os usuários, com reflexões sobre o cotidiano e as exigências que compõe o exercício profissional dentro da saúde mental respondendo suas demandas, para superar a imediaticidade, promover ações no campo coletivo de transformação e mudanças na vida dos usuários e seus familiares.

Este trabalho articula-se com a experiência de campo realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na Unidade de Internação Psicossocial (UIP), no período de Estágio Curricular Obrigatório, do Curso de Graduação em

Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foi observado que havia pouca participação dos familiares no grupo destinado aos Familiares das pessoas com transtornos mentais internadas na unidade, o qual acontece semanalmente, com duração de uma hora. Tal situação emerge questionamentos e reflexões devido a considerar essa questão de extrema importância.

Visto que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família”, conforme preconiza a Lei 10.216 (2001).

Acerca do processo da doença, o familiar, muitas vezes, já fragilizado econômica e socialmente, também se encontra em sofrimento. Frente a questão da saúde mental ainda tão estigmatizada e sem espaços de diálogos. Ao encontro dessa demanda, o projeto de intervenção no grupo de familiares da unidade de internação psicossocial foi planejado e executado, com doze encontros de diferentes temáticas, com todos os profissionais da Residência Multiprofissional e representantes da Associação de Amigos e Familiares de Bipolares de Santa Maria (AFAB) & Espaço Nise da Silveira. Sendo esse, um importante espaço de saúde mental no município. Os encontros tiveram objetivos dialogar sobre saúde mental, cuidado e direitos de usuários e seus familiares e a participação de uma acadêmica do Serviço Social, com seu projeto de intervenção sobre tabagismo.

Os resultados obtidos foram uma significativa adesão de familiares e o reconhecimento sobre a importância de compartilhar conhecimentos acerca do tema de saúde mental para os envolvidos; pois, por haver muita rotatividade e aos encontros acontecerem no meio da semana este importante espaço encontrava-se esvaziado.

Nesse campo das relações sociais, duas observações serão aqui pontuadas em demarcação histórica que orientara toda análise ao campo da saúde, refletindo sobre a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde mental, com a efetivação do protagonismo do fazer profissional dentro de uma equipe multidisciplinar, mais especificamente, dentro de grupo de familiares dessa política.

Este trabalho está organizado em três capítulos, contemplando no primeiro capítulo será abordado a trajetória histórica da saúde pública do Brasil, da filantropia, passando pela assistência unicamente aos trabalhadores e seus

familiares a garantia desta para toda a população brasileira, efetivada com a Constituição Federal de 1988 e com Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a implementação da política da saúde mental e os desafios atuais da sua efetivação.

O segundo capítulo tratará da inserção do Serviço Social na política de Saúde e saúde mental com a efetivação e protagonismo do fazer profissional do assistente social dentro de uma equipe multidisciplinar no âmbito da saúde mental.

E, por fim, o terceiro capítulo é com base na experiência vivenciada no campo de estágio em serviço social em uma unidade hospitalar de internação psicossocial. Dessa forma aponta-se questionamentos e reflexões relativas a importância do grupo de familiares, para a efetivação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que garante a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.

Assim, este trabalho tem o objetivo de fortalecer a importância do trabalho com grupos para o Serviço Social, com o protagonismo desse profissional, como estratégia de socialização de informações e prática reflexiva na possibilidade de mobilização da população usuária do serviço/política de saúde mental. Na defesa de direitos e na construção de uma nova sociabilidade indo ao encontro ao Código de Ética da profissão e a efetivação da Lei Federal nº 8.142/90 e da Reforma Psiquiátrica, que estabelece o controle social sobre as políticas de saúde com participação da comunidade usuária do SUS em conselhos municipais e em conferências, rumo a uma sociedade mais democrática e participativa (BRASIL, 1990).

2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE

No Brasil, a responsabilização da saúde pelo Estado, deu-se a partir das primeiras endemias, após a abertura dos portos brasileiros, que agia de forma mínima e fragmentada nas condições sanitárias básicas para a manutenção da massa trabalhadora, servindo de instrumento político e social do governo.

Nos séculos XIX e XX, a saúde passa a ser mais estruturada, pois, antes não era garantida a toda população pelo Estado, sendo, que a população mais vulnerável ficava à cargo de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia¹ mantidas pela igreja católica, entidades filantrópicas, curandeiros e benzedeadas (SILVA,1996).

Década de 20 foi marcada por um contexto de lutas e reivindicações sindicais, onde criam se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Essa conhecida como Lei Eloi Chaves, que regulamentou as CAPs, organizadas pelas empresas que ficavam responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas, beneficiando poucas categorias profissionais, no período entre 1923 e 1930 (CUNHA; CUNHA, 2001).

As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores da ferrovia e administradas por comissões formadas de representantes desses dois segmentos. Cabendo ao Estado, somente, o papel de resolução de conflitos e regulamentação das leis referentes a esta nova forma contrato pela garantia e seguridade desses trabalhadores.

Os benefícios assistenciais eram proporcionais às contribuições, previsto assistência médica centrada na doença e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral onde a assistência médica era vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava a empresa à organizar seus próprios

¹Santa Casa de Misericórdia era uma notável e complexa confraria de caridade, regida por compromissos de atribuições entre seus membros, construída pela Coroa Portuguesa no Brasil, como em todas as vilas e cidades de Portugal e das regiões ultramarinas por ela colonizadas. Concentrava todas as obras de assistência, abrangendo o atendimento nos hospitais, a assistência aos presos pobres, a coleta de doações de esmolas, a concessão de dotes às órfãs pobres, a criação de crianças abandonadas, os serviços funerários e além de ser igualmente executadora de testamentos. Assim, ela desfrutava de grande prestígio social, poder econômico e político (LIMA, 2009).

serviços de saúde, esboçando assim o que seria nossa previdência social brasileira. Conforme Cunha e Cunha (2001):

[...] cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20, que será modificado profundamente no modelo posterior, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período, o elevado padrão de despesas (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 286).

No período de 1930 a 1964, no primeiro governo Vargas as CAPs foram incorporadas ao Ministério do Trabalho e a abrangência de seus benefícios ampliada, formando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Assim como houve alterações fundamentais no modelo de gestão adotado, que passou a ser regulado pelo Estado e foi ordenado de acordo com as categorias profissionais (SILVA,1996).

Houve ampliação desse modelo para várias outras profissões, sendo criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho de 1933, ao qual se seguiram o dos Comerciários (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934, o dos Industriários (IAPI) em dezembro de 1936, e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. A presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República (Cunha; Cunha, 2001).

Conforme Bravo (1991), em 1943 o novo Ministério do Trabalho passou a tomar providências para que a garantia trabalhista a saúde fosse estendida a um número significativo de trabalhadores, com isso, foi criada Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Após 1945, os IAPs passaram a oferecer serviços de alimentação, habitação e assistência médica, com o processo de industrialização e as alterações ocorridas na sociedade brasileira, a reestruturação do Estado com características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais demandadas pelos trabalhadores de forma orgânica e sistemática.

O processo decorrente do acúmulo de capital industrial teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, gerando condições precárias de vida aos trabalhadores (higiene, saúde e habitação). A política de saúde vigente, nesse período, era de caráter

nacionalista e populista, organizada em dois subsetores o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 1991).

O subsetor de Saúde pública centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas e limitadas para as populações urbanas e para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária era direcionado somente para quem possuía vínculo empregatício, desta forma, Bravo (1991) considera:

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. (BRAVO, 1991, p. 5).

No período dos anos de 64 a 74, como nos traz Bravo (1991), a saúde pública passa a ser garantida a todos trabalhadores com vínculo empregatício. A partir de 1966, o Estado utilizou para sua intervenção repressão e assistência, a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como servir de mecanismo de acumulação do capital.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, se deu atendendo a dois fatores fundamentais, o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e afastar os trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores, ocasionando uma mudança na estrutura existente como salienta Cunha e Cunha:

Acontece uma progressiva supressão da gestão tripartite previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a 'contribuição do Estado' se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo. (CUNHA; CUNHA, 2001, p 291-292).

No início da Década 70, de acordo com SILVA (1996), surgiu uma corrente contra-hegemônica, que preconizava como proposta para a melhoria da assistência médica no país, a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então sem assistência, como os trabalhadores rurais e trabalhadores informais, que não possuíam vínculo trabalhista.

O Movimento Sanitário² criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários de prevenção/promoção da saúde com base prioritária no setor público. Somente na Década de 80 que as propostas defendidas pelos defensores sanitaristas, passam a prevalecer no discurso oficial e contempladas na Constituição 1988 (SILVA, 1996).

O Movimento Reforma Sanitário vai ter um ponto em comum com os setores até então hegemônicos, como a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos poderia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. Por outro lado, possibilitaria uma maior democratização do atendimento médico, estendendo à população pobre que estava fora do mercado de trabalho formal, que não contribuía com a Previdência Social (SILVA, 1996).

Nesse contexto de luta e manifestações, em 1986, é realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira.

Sendo a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade, como resultado das suas propostas de melhorias da qualidade da saúde, contribuiu para

² O Movimento Reforma Sanitário nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupo de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas, buscando apoio da população que necessitava de uma saúde inclusiva para todos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. A sua produção formalizou o processo de construção de um novo modelo de cuidado em saúde e, mais tarde, as bases para a criação do SUS (CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1988, durante a Assembleia Nacional Constituinte foi aprovada à nova Constituição Brasileira (CF/88), incluindo pela primeira vez uma seção sobre a Saúde que incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta do Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Evidenciando-se como uma conquista, pois, coloca a Constituição Brasileira entre as mais avançadas do mundo, no campo do direito à saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

Dessa forma, Neto (1994) reforça, os princípios da CF/88 que traz o direito à saúde como dever do Estado, embasado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, tendo a sua organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, com o controle social.

Após a saúde estar assegurada à população como um direito garantido constitucionalmente, essa é reforçada com as Leis³ nº 8080/90 e nº 8142/90, que cria o SUS, enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e como previsto constitucionalmente, sendo utilizado complementarmente serviços prestados por iniciativa privada que se vincule ao Sistema de saúde (BRASIL,1990).

Conforme Neto (1994), o SUS não podia ser implantado “*da noite para o dia*” (NETO, 1994, p. 13), pois apresenta mudanças complexas, entre elas a fusão entre iniciativa pública e privada, incorporando a saúde a uma lógica econômica, assim a saúde se torna uma mercadoria que gera lucro a grandes empresas.

Com isso, vem à reflexão que a privatização gera mudanças aos princípios do modelo de saúde pública, garantido pela constituição como um direito

³Entende-se que a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 estabelece Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo princípios sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (Brasil,1990). E a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990- Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL,1990).

universal, inclusive em questões cruciais que implicam no domínio de pequenos grupos que lucram com a privatização da saúde. O SUS como resultado da Reforma Sanitária, luta de trabalhadores e sociedade é um espaço de constante luta entre a garantia de efetivação e consolidação desta importante conquista da sociedade brasileira.

Com isso, também há um aumento da precarização do trabalho, com a contratação de trabalhadores através de cooperativas, fundações estatais de direito privado e associações de moradores para prestarem serviços em unidades ou programas vinculados ao SUS (SILVA, 2011). Pois, os recursos previstos para a área da saúde nunca foram efetivados, além do seu não cumprimento há uma constante queda no valor de repasse do Ministério da Saúde (MS), órgão responsável por gerenciar recursos e promover ações de prevenção de saúde em todo o território brasileiro, aos demais entes confederados, conforme traz Silva:

Um dos gargalos da política de saúde é o percentual de recursos financeiros federais previstos inicialmente na Constituição Federal para o SUS, cujo montante totalizava mais que o dobro do orçamento do Ministério da Saúde, nunca foi cumprido pela política econômica e que a partir da década de 1990 até os dias atuais, apresenta-se queda na receita do orçamento da saúde dos estados e municípios, que é agora por estes ultrapassados. (SILVA, 2011, p.122 e 123).

Silva (2011) aponta que a efetivação do SUS através de conceitos estabelecidos na CF/88, a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado, na construção da garantia dos direitos sociais, foi um importante marco da luta pela democracia brasileira, conquistados por todos os segmentos da sociedade, organizados pela saúde para todos os brasileiros, independentemente de estarem ou não vinculados à previdência social.

A luta pela Saúde Pública se consolida nos espaços de controle social, democratizando a sua discussão e participação social. Desta forma, é que garantimos a permanência de um sistema, que é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento de casos menos complexos, como a avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até os mais complexos, como o transplante de órgãos, na Alta Complexidade, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (SILVA, 2011).

Com o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação, visando à prevenção e a promoção da saúde. A luta pelo SUS está constantemente interligada com a ampliação e efetivação dos espaços de atuação, discussão e participação da sociedade, na defesa da saúde pública (SILVA, 2011).

Os baixos investimentos no SUS não se refletem somente na superlotação dos hospitais, mas também no aumento das doenças que estavam erradicadas, com novas crises e surtos epidemiológicos como sarampo e febre amarela e também na falta de profissionais, devido ao baixo investimento nas Unidades Básicas (UBS), que atualmente cobre cerca de 70% da população brasileira, não cumprindo uma das bases do sistema que é a universalidade, ou seja, garantir que todos tenham direito aos serviços de atenção, prevenção e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 2016, com a PEC 241, que limita os gastos públicos em saúde ao valor do ano anterior se torna obstáculo para a melhoria do financiamento da saúde pública brasileira. Essa que possui outros agravantes que necessitam de novos investimentos juntamente com a maior ameaça tanto para o SUS quanto para as demais políticas públicas é no que se refere à Proposta de Emenda Constitucional 95 (PEC 95). A Emenda do Teto dos Gastos, aprovada em dezembro do referido ano instituiu o novo Regime Fiscal que limita os gastos públicos aí inseridos os gastos com saúde por 20 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 2017, o Governo bloqueou aproximadamente 42 bilhões de reais com gastos públicos, sendo que parte desse dinheiro era destinado ao SUS, para a implementação de melhorias técnicas, administrativas e de infraestrutura. Os gastos permaneceram os mesmos, mas a verba destinada aos serviços de saúde é menor, somente 3,6% do orçamento estatal, fazendo com que o sistema tivesse uma quebra e dificultando ainda mais o aprimoramento da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

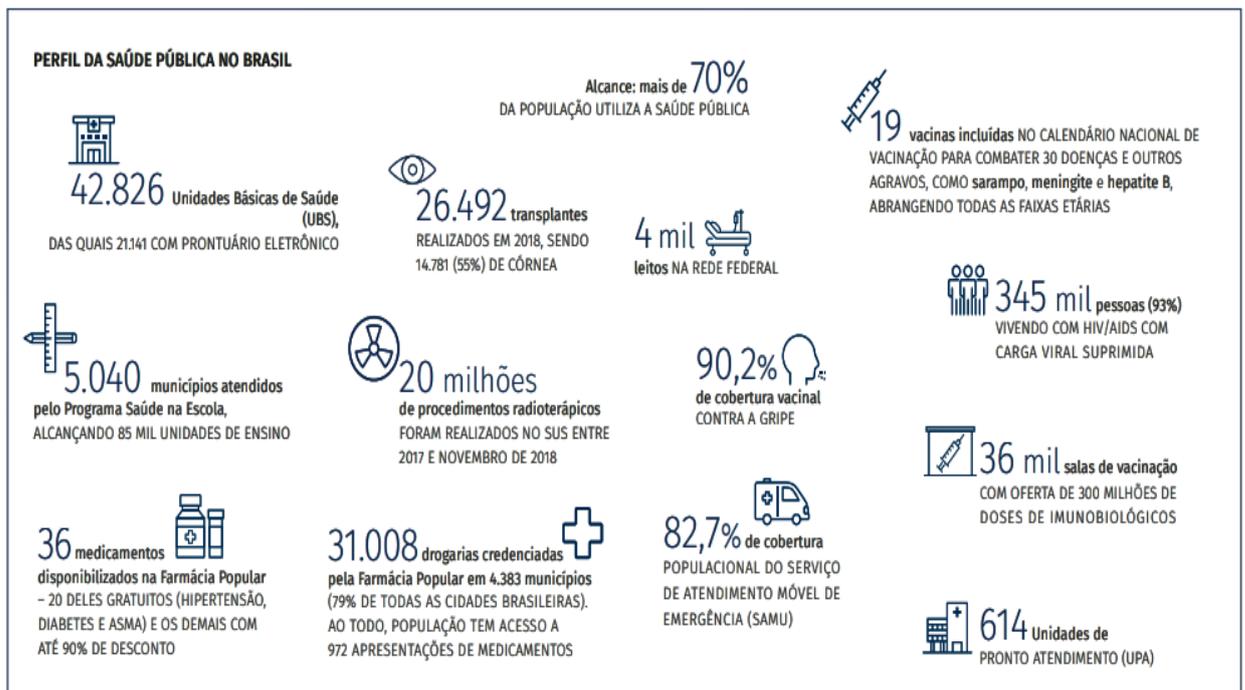
Os cortes de recursos na saúde pública impactam a sua administração financeira e o seu repasse de orçamentos onera os municípios a qual tem a responsabilidade da sua execução. A precarização da saúde pública se reflete na qualidade do seu trabalho e do atendimento; na saúde do trabalhador, até a organização e efetivação dos serviços em nível de prevenção e promoção. Pois, com a abertura da saúde pública como “comércio e mercadoria”, gera um

tensionamento em seus investimentos, da promoção/prevenção a cuidados emergenciais, assim o nível terciário e/ou alta complexidade passa a ser objeto de desejo das indústrias de saúde, pelo seu alto custo e rendimento, havendo um desnivelamento dos investimentos entre atenção primária e terciária, refletindo em uma baixa cobertura territorial da Atenção Básica, nas estratégias de saúde da família, nos centros de atenção psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Conforme a declaração do médico Roberto Luiz d'Ávila, ex-presidente do Conselho Federal de Medicina em uma reportagem de Marcos Rossi publicada no site da câmara dos deputados em 08/01/2015, o problema da saúde pública não está somente no financiamento, mas também de gestão dos recursos. “Não há gestão qualificada. Há fraude, há corrupção. Isso precisa ser resolvido e se resolve com um gerenciamento competente e também com um financiamento adequado” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015, s/p).

O Relatório de Gestão 2018, traz dados do 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas e Áreas do Ministério da Saúde, em números.

Figura 1 - Perfil da saúde pública no Brasil (2018):



Fonte: 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas e Áreas do MS.

A revista Radis que é um programa nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, iniciado em 1982, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), com o objetivo de difundir e debater informações sobre saúde, traz na sua edição 204, de setembro de 2019, artigos da décima sexta Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), realizada em Brasília no mês de agosto de 2019, com participação de cinco mil pessoas de todo o país, trouxe o tema Democracia e Saúde, trabalhando três eixos: Saúde como Direito, Consolidação do SUS e Financiamento Adequado do SUS. Reafirmando a relação entre trabalho, território e respeito aos direitos e à saúde, conforme orienta a OMS, a saúde é resultado de determinantes sociais, onde a organização, sociedades saudáveis decorrem de ambientes saudáveis, trouxeram para a conferência, questões como propriedade da terra, água, saneamento, moradia digna, educação, escolaridade, trabalho, alimentação, renda, cultura, gênero e meio ambiente, apareceram como temas essenciais à saúde nas resoluções levadas ao relatório final da, composto por 31 diretrizes e 329 propostas oriundas de todos os estados brasileiros (RADIS, 2019).

Na edição 202, a revista RADIS, discute em um de seus artigos, os reflexos da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos com saúde, educação e benefícios previdenciários, precarizando os investimentos nessas importantes áreas, com isso, a crise econômica prejudica diretamente o sistema de saúde, que já enfrenta o subfinanciamento crônico, as pessoas desempregadas e sem renda passam a recorrer cada vez mais ao sistema público, deixando assim, o gasto baixo em relação ao aumento da procura pelos serviços de saúde (RADIS, 2019).

Conforme, a revista Consensus que é um veículos de comunicação social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), traz na edição 32 dos meses de julho, agosto e setembro de 2019, discute a compreensão da necessidade de um novo Pacto Federativo, considerando que o modelo atual de federalismo brasileiro não dispõe de mecanismos necessários para a eficiência da gestão e da governança do SUS, além de se mostrar vulnerável às crises econômicas, inviabilizando a proteção social das populações e regiões menos desenvolvidas (CONSENSUS, 2019).

A Rede Brasil Atual que foi criada em 2009, é fruto da parceria entre alguns sindicatos de trabalhadores liderados pelo Sindicato dos Bancários de São Paulo e Sindicato dos Metalúrgicos do ABC paulista, conforme Gomes (2019):

Apenas em 2019, o SUS perdeu cerca de R\$ 9,5 bilhões no orçamento federal, devido às restrições impostas pela EC 95. Estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) indica um aumento das taxas de mortalidade infantil, até 2030, e o governo federal propôs a extinção da Secretaria (...) “Em vez de discutir a ampliação e melhoria dos serviços, tem se restringido o acesso da população aos serviços, ampliando as terceirizações e o fechamento de equipamentos”, destacou Padilha. (REDE BRASIL ATUAL, 2019, s/p).

A política de saúde representa um avanço na consolidação dos direitos, democratizando o seu acesso e acessibilidade territorial. Por outro lado há a precarização com baixo investimento, privatizações, isso reflete nas dificuldades a qual a saúde enfrenta para se reafirmar como uma política de seguridade social, fortalecendo a política neoliberal do atual governo de direita que prima pela consolidação de um projeto voltado para o mercado que tem por meta o desmonte do SUS com serviços mínimos para a maioria da população vulnerabilizada, por este plano de governo atual e com a segmentação do sistema entre o público e privado, com favorecimento do privado com subsídios públicos em detrimento de um serviço cem por cento público e de qualidade para todos os brasileiros.

O direito ao SUS foi adquirido em um grande movimento de mobilização popular que fez história como movimento de Reforma Sanitária brasileiro, reconhecido e garantido pela nossa CF/88. Hoje é visto o “desmanche”, dessa importante política, através de portarias e emendas constitucionais, ressalta-se a importância de fortalecimento entre pares, trabalhadores, pesquisadores e usuários das políticas públicas conquistadas em prol da garantia e permanência (CONSENSUS, 2019).

2.1 MOVIMENTOS DE REFORMA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A loucura sempre existiu, bem como o lugar onde eram confinados os “loucos”, como templos, domicílios e instituições (porões das Santas Casas de Misericórdias e casas de correções). As instituições psiquiátricas, são construção do século XVIII, foram criadas para todo aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define como normalmente aceitável é excluído do convívio dos ditos normais, dos produtivos e dos que não ameaçavam a

sociedade; com esta construção social o doente mental foi então excluído, recluso e asilado (FONTE, 2012).

Quando a loucura passa a ser reconhecida como “desordem, perturbação da paz social, obstáculo ao crescimento econômico”, a luta dos médicos por um espaço próprio para tratamento, recebeu o apoio decisivo de José Clemente Pereira⁴, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro que articulou a criação do hospício ao seu projeto de viabilização de recursos para a construção do hospital para alienados da Corte, José Clemente Pereira, político, capacitado por sua posição social, tomou medidas para criar o hospício, iniciou arrecadação de fundos e, enviou ofício ao Ministro do Império, indicando no ofício, o local em que deveria ser construído o hospício, a Chácara de propriedade da Santa Casa da Misericórdia, na Praia Vermelha. Assim, através do Decreto n. 82, no dia 18 de julho de 1841, foi oficialmente criado o Hospício Pedro II (LIMA, 2009).

O reconhecimento da loucura como patologia foi um aspecto presente de introdução e manutenção da loucura como objeto médico-científico, com um projeto de medicalização da loucura e a criação dos primeiros hospícios como instituição fundamental a legitimação da psiquiatria do final da segunda metade do Século XIX.

Nesse contexto, a Fundação da Liga de Higiene Mental, ocorrida no ano de 1923, objetivava controlar, tratar e curar os fenômenos psíquicos tidos como produtos da raça e oriundos de fatores biológicos. Em sua vertente mais radical, esse movimento tinha um princípio moralizador e saneador dos comportamentos. Já a vertente higienista vinha com a introdução de melhorias sanitárias e a mudança dos costumes da população como forma de prevenir as doenças mentais (FONTE, 2012).

Com o processo de modernização, centralização e nacionalização das áreas da psiquiatria, visando dar uma assistência mais ampla em saúde, motivo pelo qual foi criado no país, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criticava o modelo de assistência e cuidado aos doentes mentais, realizados nos hospitais psiquiátricos, levado a mudanças na forma de atendimento a partir dos anos 1960, mas foi a partir da Reforma Psiquiátrica que,

⁴José Clemente Pereira foi provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, articulou a criação do hospício Pedro II. Foi Deputado Geral, Ministro dos Estrangeiros, Ministro da Justiça, Ministro da Guerra, Conselheiro de Estado, Ministro da Fazenda e Senador do Império do Brasil de 1842 a 1854 (LIMA, 2009).

de fato, tais mudanças se instituíram como uma política de governo (FONTE, 2012).

A realidade nos manicômios do Estado de São Paulo, na Década de 70, deu início ao Movimento Dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde denunciavam a violação aos direitos humanos dos internados, a superlotação do manicômio e uso indiscriminado do eletrochoque por parte da equipe médica, essa realidade era igualmente observada nos hospitais de várias cidades dos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais (FONTE, 2012).

Conforme a jornalista investigativa Daniela Arbex, através de documentário e em livro denuncia a realidade desumana e cruel por trás dos muros de um dos maiores manicômios do Brasil, em Arbex (2013), o Hospital Colônia, do Estado de Minas Gerais, na cidade de Barbacena, que contava com capacidade para duzentas pessoas, mas que chegou a hospedar mais de cinco mil, ao mesmo tempo, isso foi um exemplo de barbárie realizada nos hospitais psiquiátricos. Esse hospital foi o palco da morte de mais de sessenta mil pessoas, chegou também a ser fonte de cadáveres para diversas universidades do país.

Os usuários desse hospital passavam por uma rotina desumana, dormiam nus no pátio em pleno inverno, como forma de se aquecerem, amontoavam-se uns aos outros, chegando a beber água de esgoto, assim como a comer ratos e suas próprias fezes, fazer suas necessidades na frente de todos, crianças, mulheres e homens todos juntos sujos e sem roupas adequadas, sofrendo todos os tipos de violências e privações (ARBEX, 2013). Esse modelo era praticamente universal, predominantemente asilar e manicomial, com milhares de pessoas abandonadas em grandes instituições financiadas pelo poder público e sem fiscalizações adequadas (FONTE, 2012).

Para Vasconcelos (2010), o marco histórico de mobilização social por transformações na política de saúde mental aconteceu em 1978, como resultado da união de trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, que tinham como objetivo mudar a realidade dos hospitais psiquiátricos em que viviam as pessoas com transtornos mentais. Com isso, os usuários adquiriram o direito ao exercício da sua cidadania, não mais sendo vistos com base em sua doença, mas como agentes de participação ativa na luta por um tratamento em liberdade, por meio da formação de redes e de outras políticas públicas.

Assim, como a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece o SUS, determina que a saúde seja um direito de todo ser humano, ressaltando, em seu parágrafo único do artigo 3º, e que essa consiste em condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990). Algumas das instâncias deliberativas de controle sociais estabelecidas pelo SUS, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Aconteceram quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, respectivamente nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, têm como objetivo cumprir um papel pedagógico de educação política em que se pode socializar o debate acerca da saúde mental no SUS, além de qualificar e formar novos conselheiros (MATEUS; MARI, 2013).

No contexto de manifestações, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em que foram expressos os ideais da Reforma Psiquiátrica; contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade, sua estruturação constou de três temas básicos, Economia, Sociedade e Estado e seus impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental direito, deveres e Legislação do doente mental. Cabendo ao Poder Público à responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental; a questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei, na qual esteja estabelecida os direitos do paciente internado, a internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, associando a participação efetiva de uma equipe multidisciplinar, estas foram algumas das deliberações deste importante encontro (FONTE, 2012).

Foi criada, em 1990, a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), que passou a coordenar a Política de Saúde Mental no Brasil, implantando ações no SUS, como o estímulo à redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem seus princípios com base nas resoluções da Declaração de Caracas, proclamada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, foi organizada pela OMS, agência especializada em saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas, e realizada na Venezuela em 1990, marcou as reformas em atenção à saúde mental das Américas, levando às seguintes proposições: reestruturação da atenção

psiquiátrica; a Atenção Primária de Saúde, nos marcos dos Sistemas locais de saúde que permitem a promoção de modelos alternativos centrados no cuidado do doente na comunidade e nas redes sociais (OMS, 1990).

A reestruturação da atenção psiquiátrica na região das Américas provoca, a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; nos recursos, nos cuidados e tratamento priorizar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; baseado em critérios racionais e tecnicamente adequados; propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário; em que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com transtornos mentais e que promovam a organização de serviços que garantam e efetivem o seu cumprimento (OMS, 1990).

A capitação dos recursos em saúde mental deve ser realizada apontando para um modelo, cujo eixo passe pelo serviço de saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios que fundamentam esta reestruturação (OMS, 1990, p. 02).

A reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais com revisão crítica e a quebra do papel hegemônico e centralizado no hospital psiquiátrico na prestação destes serviços (OMS, 1990)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1992, em meio ao debate da Lei Paulo Delgado e a criação do SUS, se obteve a diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, com a atenção integral à cidadania, ressaltando a importância de conhecer os usuários de saúde mental como sujeitos sociais para que esses possam exercer seus direitos de cidadão (REBOLI; KRUGER 2013).

Este processo não foi contínuo, pois as novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento, do mesmo modo, as normas

para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (REBOLI; KRUGER 2013).

A Lei Paulo Delgado, nº 10.216, de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e muda a direção do modelo assistencial em saúde mental, partindo de uma concepção de valorização à cidadania e à dignidade do usuário, sem qualquer forma de discriminação em relação à doença que este possui para o gozo do seu pleno convívio social, declara que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida de qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, s/p.).

Ainda, no ano de 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve a participação de usuários e familiares, consolidando a Reforma Psiquiátrica, de modo a promover a mudança do modelo de assistência, estabelecendo o controle social como garantia e controle, contribuindo para a manutenção da atual Política de Saúde Mental no Brasil (FONTE, 2012).

A PNSM apoia-se na Lei Paulo Delgado, que regulamenta os direitos dos usuários com transtorno mental e a progressiva extinção dos manicômios no Brasil, e na Lei n. 10.708, de 31 julho de 2003, que estabelece o Programa de Volta Para Casa (PVC), assegurando recursos financeiros que incentivam a saída dos portadores com longos períodos de internação para junto da família e da comunidade. Podemos dizer que o sistema de saúde Mental no Brasil apoia-se sobre:

Política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma de atenção psiquiátrica. O sistema baseia-se hoje numa ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma

mudança de um sistema hospitalocêntrico para um enfoque comunitário (MATEUS, MARI, 2013, p. 39).

A redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos é planejada e acompanhada por programas de apoio, como a abertura e financiamento de Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs) e do PVC.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010, conforme, Reboli e Kruger (2013), ressalta o incentivo à participação dos usuários e familiares para que conheçam seus direitos e a PSM, também, reafirma a importância da participação dos profissionais da área de saúde mental e de todos os outros atores que compõem os movimentos sociais nesses espaços. Sob a ótica do cuidado em liberdade, o usuário continua a ser assistido, pois sua desinstitucionalização não significa ficar sem tratamento, mas ser assistido de uma maneira mais ampla, por meio de uma equipe multiprofissional, também deve ter seu quadro psiquiátrico e sua integralidade respeitados para que, assim, possam um tratamento adequado, voltado para a reinserção social e o resgate de sua cidadania no seu ambiente comunitário.

Com o intuito de garantir e efetivar a proteção aos direitos das pessoas com deficiência mental, como traz a Lei nº. 10.216/2001, foram criadas portarias e resoluções aos longos dos anos, a fim de garantir as diretrizes e recomendações para a implementação e execução de serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desta forma, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) definindo e estabelecendo diretrizes para o seu funcionamento. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro 2011, institui a RAPS para pessoas com sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao invés do isolamento dos usuários portadores de transtornos mentais, esse modelo de tratamento propõe que os usuários tenham convívio com a família e com a comunidade, pois se acredita que o isolamento piore o quadro clínico desses sujeitos, conta com toda a estrutura de uma rede de serviços, como os CAPS, os SRTs e as Unidades Psiquiátricas (UP) em Hospitais Gerais (UPHG), todos com o intuito de fazer com que o usuário possa ter um tratamento voltado para o cuidado em liberdade com práticas terapêuticas, exercendo os seus direitos

e de seus familiares, incentivando a participação no cuidado em rede territorial, o que diminuiria, progressivamente, os leitos psiquiátricos, qualificando e expandido a rede extra-hospitalar. Como relata FONTE (2012, p. 17):

[...] a substituição do modelo hospitalocêntrico tem se dado através da criação e fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, como o CAPS, NAPS [Núcleos de Assistência Psicossocial], Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto Socorro Geral etc.

Na Atenção Básica no território é composta pela Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura. Na Atenção Psicossocial Estratégica estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades. Na Atenção de Urgência e Emergência estão o SAMU 192; Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2002).

A RAPS está presente para formalizar e organizar os serviços e programas referentes ao cuidado integral dos usuários de saúde mental como: Atenção Residencial de Caráter Transitório Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial; Atenção Hospitalar Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) Estratégia de Desinstitucionalização com os SRTs e o PVC. Estratégias de Reabilitação Psicossocial com Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais, para Atenção às pessoas com sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Considerando as recomendações contidas no Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010; em que é levantada a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas; e a necessidade de ampliar e diversificar estes serviços no para os familiares, através da Portaria nº 3088/11 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Artigo 9º dessa Portaria, inclui nos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, as contraditórias e polêmicas comunidades

terapêuticas, são denunciadas e combatidas por profissionais da saúde mental por serem instituições de cujo religioso e manicomial, e por não possuírem uma equipe multidisciplinar e um ambiente terapêutico, conforme preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica:

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011)

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira é portadora de transtornos mentais severos e persistentes e necessita de cuidados contínuos em saúde mental, 10 a 15% são portadoras de transtornos leves e moderados ou comuns e necessita de atendimento eventual, e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea e que 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso problemático de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2003).

A RAPS considera que todos os pontos de atenção à saúde da população devem estar conectados para garantir a integralidade e a resolutividade das ações em saúde mental. Isso significa que a Atenção Primária à Saúde, os serviços de urgência e emergência, como o SAMU, as UPAS, os hospitais de referência e o CAPS fazem parte da RAPS devem se articular para se fortalecerem como uma rede efetiva de cuidado (BRASIL, 2011).

Os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial são compreendem: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo, da atenção às urgências e o tratamento do usuário e de seus familiares na sua comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial são promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis; prevenir e/ou reduzir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas e danos provocados pelos mesmos; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas

com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II, CAPS AD III, CAPS AD IV e CAPS i, previstos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Desta forma, serão sistematizados os serviços dos CAPS, a fim de apresentar o objetivo de atuação de cada um na RAPS:

O **CAPS I** é um serviço que visa atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes, no horário das 8 horas às 18 horas com equipe mínima de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Desta forma o **CAPS II** busca atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes no horário das 8 horas às 18 horas com equipe mínima de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais psicólogos, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível

médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002).

Já o **CAPS III** tem como foco as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2002).

Os **CAPS AD II** atendem adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2002).

Nesta mesma perspectiva os **CAPS AD III** têm seu trabalho voltado para adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, com funcionamento de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes com uma equipe formada por dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior entre as seguintes categorias psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e oito profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

E por fim, os **CAPS AD IV** atendem pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população, atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação, com equipes multiprofissionais e serão instalados em regiões metropolitanas com população acima de 500 mil habitantes conforme Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (BRASIL, 2017).

Os **CAPSi**, são serviços de saúde mental especializados na infância e juventude, desta forma atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2002).

Compreende-se que com a organização dos CAPS viu-se o fortalecimento de ações que priorizam a atenção integral à saúde, sob a ótica do respeito à autonomia e a individualidade do sujeito, levando-se em conta os vínculos com a comunidade. Passou-se de um modelo baseado no aprisionamento e isolamento social, para um modelo busca a autonomia, valoriza as relações sociais e que busca constantemente se aprimorar.

Juntamente aos CAPS, temos o **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)** que é formado por uma equipe multidisciplinar que atua dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária de Saúde (APS), com ações interdisciplinares e intersetoriais na educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território com integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2002).

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF tem sempre como foco o território sob sua responsabilidade, que deve ser estruturada, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação entre a Secretaria de Atenção à Saúde com o Departamento de Atenção Básica com responsabilidades mútuas, de modo a gerar a experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc (BRASIL, 2002).

Intervenções diretas do NASF frente aos usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes da ESF, com discussões e negociação compactuadas entre os usuários e profissionais responsáveis pelo caso. O atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. Devem ser lembradas ainda as diversas modalidades de intervenção no território, como no desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de

violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2002).

O **apoio matricial** visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde, com apoio técnico-pedagógico, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, discussão de casos, desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), atividades de educação permanente para a equipe da atenção primária em saúde (APS), apoio institucional às equipes da APS, pode ser desenvolvido por equipes do NASF, do CAPS ou de ambulatórios especializados, que se integram organicamente (equipes de apoio matricial) às equipes da ESF (equipes de referência) e possibilitam um cuidado horizontal, que integra os saberes de diferentes pontos da rede e das diferentes profissões envolvidas nesta integralidade do cuidado desse sujeito (BRASIL, 2002).

O CAPS representa o principal ponto estratégico da RAPS por ser um serviço de acolhimento especializado em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente, também pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, *crack* e outras drogas, oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas com atividades coletivas e individuais em comunidade e liberdade juntamente com a família (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, o número de pessoas com sofrimento mental tem aumentado, ainda passam por preconceitos e as condições destas pessoas se intensificam quando se encontram nas camadas mais pobres da população. Pois o modo de produção de intensa exploração que esse sistema capitalista apresenta. e o trabalho do Assistente Social se desenvolve com o desdobramento destas mazelas, estabelecendo estratégias junto ao movimento de Reforma Psiquiátrica contra propostas conservadoras e neoliberais que estão provocando mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

2.2 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM TEMPOS ANTIDEMOCRÁTICOS

Em 1988 foi garantido aos cidadãos o direito a saúde de forma igualitária, universal e gratuita, voltada à realização do direito subjetivo à saúde do cidadão, o que garante a qualquer indivíduo o acesso aos serviços públicos de saúde, garantindo a integralidade do cuidado por meio dos serviços do SUS. (MOURA; ORDACGY, 2014).

Entretanto, ainda existem dificuldades ao acesso, por grande parte da população, aos serviços públicos hospitalares e ambulatoriais, devido à falta de estrutura e investimentos, também é problemática a garantia de oferecimento de assistência terapêutica integral de qualidade, devido à falta de medicamentos, leitos, profissionais e até mesmo hospitais. Este direito garantido pela constituição deve ser dever do Estado a reconfigurar a saúde pública de forma a garantir a prestação de bens e serviços necessários a todos os brasileiros (MOURA; ORDACGY, 2014).

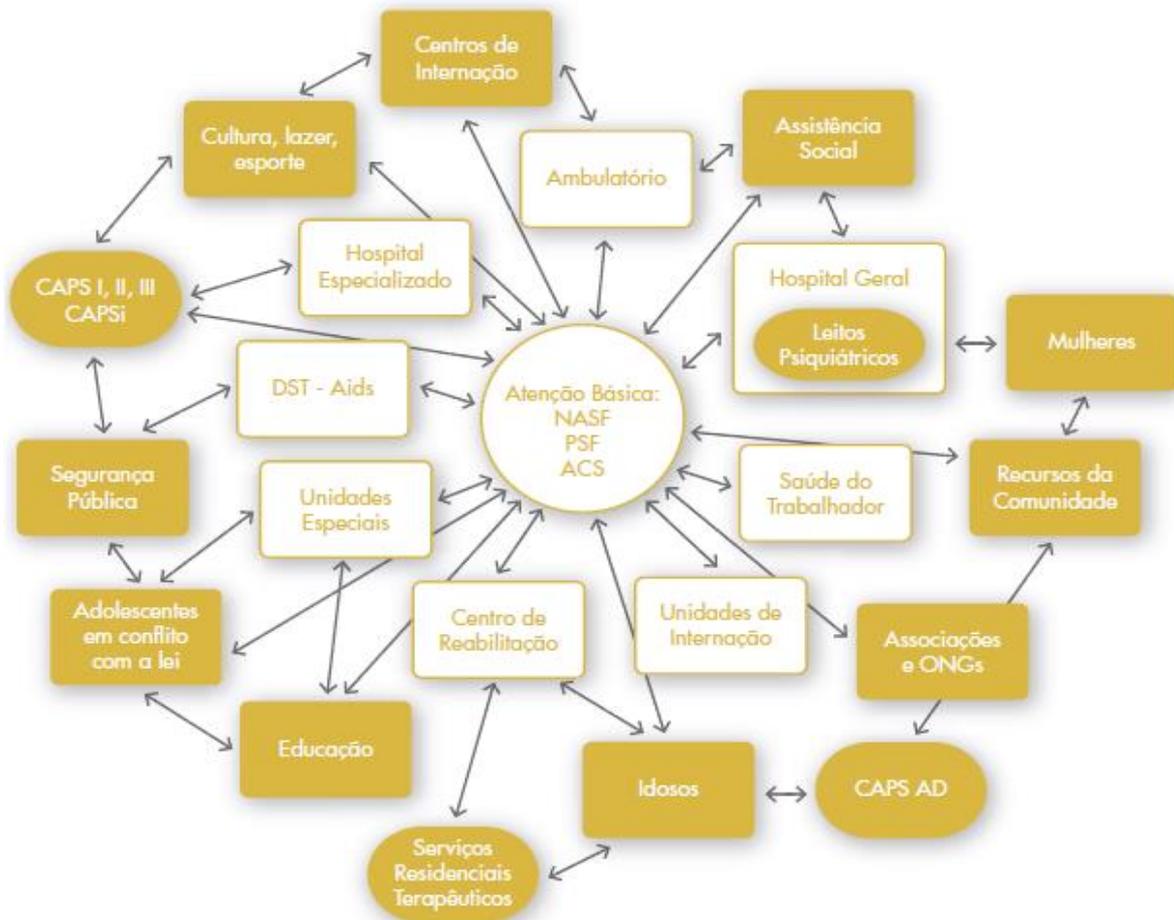
A PNSM, adotada pelo país, tem o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como álcool, maconha, cocaína, *crack* e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Propõe a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, nos seus diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental no âmbito do SUS, necessita de aprimoramentos, sem perder a essência da Lei 10.216/01. O objetivo é fazer com que usuários, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, priorizando o tratamento na comunidade, recebendo atendimento integral na RAPS.

A Atenção Básica passou por um grande investimento em saúde mental com contratação de equipes de saúde mental nos NASFs. O investimento em equipes de saúde mental (dos NASF e/ou dos CAPS), realizando o chamado apoio matricial, no lugar da estratégia tradicional de referência e contra referência entre serviços da Atenção Básica e serviços de saúde mental, ainda necessita de mais estudos sobre sua efetividade e eficiência no sistema de saúde (MATEUS; MARI, 2013).

Esquema que descreve a articulação da RAPS com demais equipamentos sociais, Contribuições do Conselho Federal de Psicologia (2011, p.17).

Figura 2 - Descreve a articulação da RAPS:



Fonte: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011.

Através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, as CTs passam a integrar a RAPS, mas não atendem às exigências, por não ser um serviço de

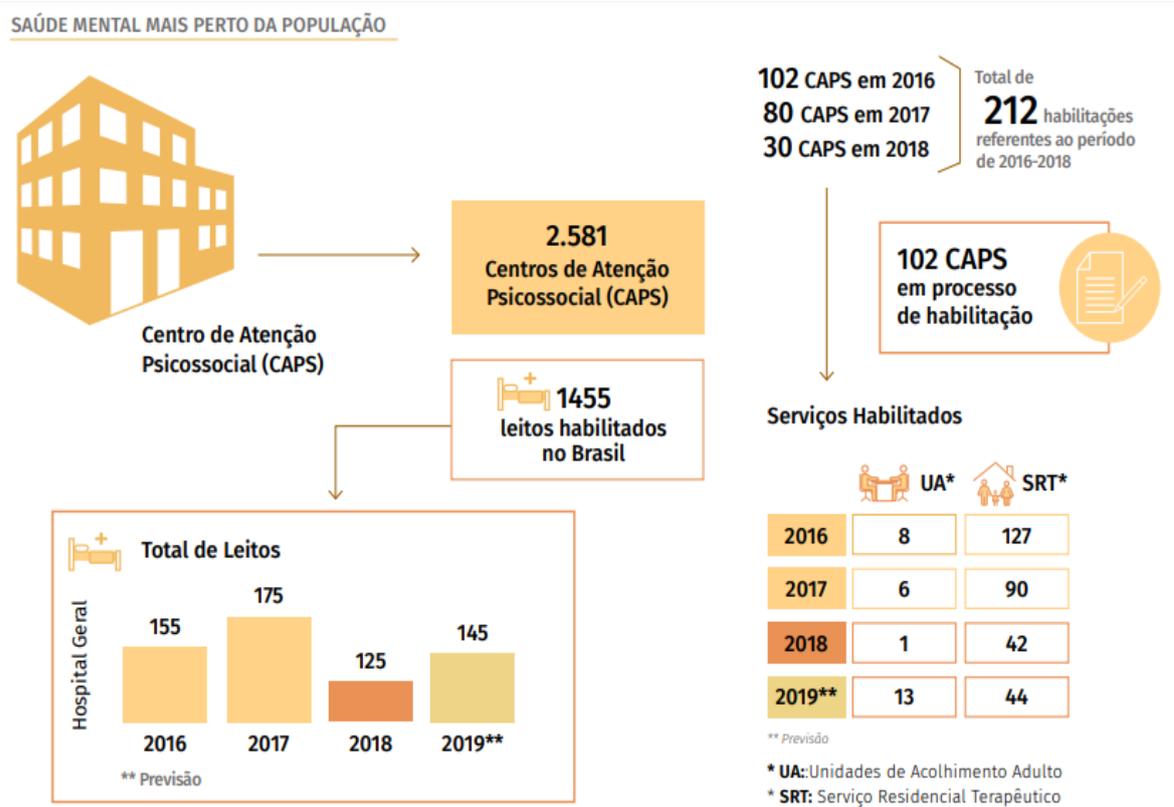
saúde, pois atuam na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica multiprofissional, conforme prevê a Lei 10216/2001. As CTs são incluídas como estabelecimento em saúde, através da Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25 de dezembro de 2016, como Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, as habilitando a receberem recursos do SUS e a porta de entrada desses serviços são os equipamentos do SUS, estabelecendo relações híbridas entre público e privado, não basta somente o acesso aos serviços da RAPS, são necessários para concretização do direito social, a garantia de que o serviço seja prestado de forma adequada a permitir a assistência terapêutica integral do indivíduo (BRASIL, 2016).

A Nota Técnica nº 11/2019 traz Resoluções e Portarias entre 2017 e 2018 referente às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, pontuando as mais preocupantes para a garantia do MRP e Movimento antimanicomial: a RAPS passa a incluir os seguintes serviços: Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas, investimento em Unidades Ambulatoriais Especializadas. O MS não considera mais os serviços da RAPS como sendo substitutos de outros, mas complementar e a cria uma nova modalidade de CAPS, que é o CAPS IV AD 24 horas nas regiões de cracolândias. Além disso, incentiva o aumento do número de leitos em Hospitais Gerais, investindo em internações em Hospitais Psiquiátricos, aumentando o valor de repasse por pessoa internada; passa a custear a compra do aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT), para o “tratamento” de pacientes em tratamento e o fim dos programas de redução de danos, criminalizando os dependentes de substâncias psicoativas. Cenário preocupante que demonstra a retomada de “intervenções”, antes já superadas com a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2019).

Essas propostas são resultado da política de direita com os setores conservadores da sociedade articulados para priorizar o capital do corporativismo que emerge de um modelo biomédico e do avanço da indústria farmacêutica, com isso busca desarticular uma importante política pública e conquista brasileira no cuidado em saúde mental, retrocesso que interessa a uma pequena parcela da sociedade que só visa o lucro.

Segue abaixo, dados da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que constam no Relatório de Gestão 2018:

Figura 3 - Relatório de Gestão 2018, situação da saúde mental:



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Nos últimos anos, observa-se que o número de serviços existentes não supre a crescente demanda em saúde mental, precarizando os serviços existentes, além disso, propostas conservadoras e neoliberais estão provocando mudanças na gestão da PNSM brasileira, favorecendo os serviços privados e investindo em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e não fortalecendo a RAPS.

O próximo capítulo trará, como o Serviço Social inseriu esta temática nos estudos e como o trabalho do Assistente Social se desenvolve atualmente com o estabelecimento do movimento de Reforma Psiquiátrica e com o movimento conservador neoliberal do governo atual.

3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES

O Serviço Social surgiu no Brasil entre as décadas de 30 e 40, sob forte influência europeia, a partir da elevada demanda na área da saúde que, inicialmente, não foi o principal foco de trabalho do assistente social. Em consequência da Segunda Guerra Mundial e da iminente implantação do capitalismo o Serviço Social como profissão, surge no bojo das questões relacionadas ao controle da classe trabalhadora e numa intensa vinculação, por parte do Estado, de políticas públicas na área da família cujas ações se estabeleciam no viés regulador. Neste período o Serviço Social toma maiores proporções e os assistentes sociais passam a ter mais espaço na área da saúde, sendo este um setor com grande absorção dos assistentes sociais com o viés higienista (BRAVO; MATTOS, 2006).

Segundo Vasconcelos (2010), as primeiras práticas dos Assistentes Sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil no ano de 1946, essas práticas possuíam um caráter de Serviço Social Clínico, em que predominavam abordagens higienistas, o Serviço Social atuava junto às famílias do chamado cliente, a fim de ajudá-las a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos.

A presença de Assistentes Sociais em hospitais psiquiátricos ou manicômios era reduzido, como também o número de hospitais psiquiátricos estatais e privados, pois, nesse período, a psiquiatria estava organizada conforme o modelo manicomial e asilar, baseado na exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo, estes podem ser comparados a grandes campos de concentração, uma vez que o abandono e a miséria eram algo comum naquele ambiente que nada tinha de terapêutico e o papel da família era mínimo (BISNETO, 2011).

Serviço Social na saúde mental inicia-se em meados da década de 1940, mais especificamente, em 1946, no âmbito dos chamados “Serviços Sociais

psiquiátricos”, os Assistentes Sociais atuavam como a “porta de entrada e saída” dos hospitais e ocupavam um lugar de subalternidade em relação aos médicos e a direção da instituição (BISNETO, 2011).

A partir da década de 1960 iniciou-se na categoria o movimento de reconceituação que buscou a ruptura com a prática do Serviço Social tradicional e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão, baseada no compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora com um viés de garantia de direitos humanos e sociais para construção de uma sociedade mais justa e igualitária, preceitos que foram incorporados ao Código de Ética Profissional do Assistente Social em 1993 (IAMAMOTO, 2003).

Projeto Ético-político do Serviço Social pelo qual coloca o compromisso da categoria com a construção de uma sociedade sem exploração, vem da aproximação com a reflexão marxista, com o uso do método investigativo desenvolvido por Marx, que busca conhecer o objeto partindo de sua aparência, para acessar a sua essência, processo que fornece o conhecimento mais próximo possível da realidade do objeto, baseado nas categorias totalidade, mediação e contradição. Esse método é utilizado no cotidiano da profissão do Serviço Social e é expresso pelo Código de Ética Profissional (1993), pela Lei de Regulamentação da Profissão Lei nº8662/93 e pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS para a profissão; possibilitando condições fecundas para a profissão se tornar produtora de conhecimentos e reconhecida por diversas agências de pesquisa, com intelectuais que influenciam as Ciências Humanas e Sociais (PEREIRA, 2019).

Conforme Pereira (2019) a categoria da totalidade revela a realidade para compreender o objeto investigado, precisando que o profissional considere a complexidade de seu objeto, suas determinações fundamentais, dinâmica, tendências e suas inter-relações no campo das relações, a realidade envolve a articulação das relações concretas, exigindo desse modo à mediação entre suas articulações; a categoria de mediação responde a um movimento dinâmico fruto da contradição da própria realidade. A contradição é uma categoria fundamental para o estudo da realidade, pois é ela a responsável pelas constantes mudanças do complexo social, exigem pesquisa continuada para sua compreensão, pois, a realidade se movimenta alterando-se. Exigindo um pensamento dialético capaz de traduzir seu movimento, sua manifestação.

O processo investigativo de Marx articulou as categorias da totalidade, da mediação e da contradição para compreender a sociabilidade do capital, o seu trabalho nos deixou um legado teórico capaz de fornecer os elementos fundamentais para a compreensão do capitalismo hoje. Marx desvelou a estrutura do capital e assim nos deu condições de fazer a leitura da sua manifestação contemporânea. As ideias de Marx se tornaram marcantes para o Serviço Social brasileiro, uma vez que foi a partir do contato com as obras deste autor que a profissão se propôs a romper com a sua base tradicional conservadora e estabeleceu um novo horizonte ao trabalho profissional alinhado aos interesses das classes subalternas (PEREIRA, 2019) .

Na mesma época em que o Serviço Social passava por este processo de renovação e amadurecimento teórico, o Brasil encontrava-se em um momento de grande comoção política pelo fim da ditadura militar e, simultaneamente, com a redemocratização do país, destaca-se a força do MRS, que lutou pela universalização do acesso à saúde e o MRP, que lutou a favor do cuidado em liberdade das pessoas internadas nos manicômios brasileiros, compreendendo que estes eram direito de todos e um dever do Estado (BRAVO; MATOS, 2009).

O Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de lutas políticas, contudo a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo, “não foi identificada uma participação mais efetiva diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária e pouca produção em relação à demanda do Serviço Social no âmbito da Saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 204).

A Resolução nº 218, de 6/3/1997, do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução CFESS n. 383, de 29/03/1999 reconhecem a categoria de Assistentes Sociais como profissionais de saúde, dando base ao fazer profissional da categoria, apesar da primeira inserção deste profissional dar-se no Rio de Janeiro, no ano de 1940, “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 39).

Em consonância com o código de ética profissional temos os princípios do SUS que efetiva a necessidade do Serviço Social dentro da política de saúde para defender a Universalidade como garantia de atenção à saúde, por parte dos

governos, a todo e qualquer cidadão, que é direito de cidadania e dever do Estado. Equidade no qual todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades e, serão asseguradas ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade e necessidade que cada caso requer. Integridade como reconhecimento da prática dos serviços de que cada indivíduo é um todo e assim deve ser visto, na sua totalidade, indivisível e membro de uma comunidade (BRASIL, 1990).

As ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da mesma, assim como as unidades de serviço à saúde formam um todo indivisível e não podem ser segmentadas, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido por um sistema de cuidado integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde no seu território (BRASIL, 1990).

Portanto, discutir as atribuições privativas e competências profissionais de assistentes sociais é discutir a profissão. E esse debate se faz a partir de uma nítida concepção de profissão, aquela que se forja na ruptura com o conservadorismo que marcou o início da atividade e que está expressa no atual Código de Ética do(a) Assistente Social, na lei de regulamentação da profissão de 1993 e nas diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss) (MATOS, 2015 p. 68).

As determinações das categorias sociabilidade e subjetividade no cotidiano profissional do Assistente Social tem se revelado como um grande desafio, seja nas atividades do seu fazer específico, seja nas equipes multiprofissionais, essas dificuldades encontram-se, principalmente, na falta de consenso e produções sobre a necessidade de consolidar um debate sobre subjetividade na profissão. Apesar de o Serviço Social não ter uma potente tradição nesse tema, isso não significa que seja desnecessário (GUERRA, 2013).

Todo processo de trabalho no qual se insere o fazer profissional e que abrange, além das teorias, as metodologias, o arsenal técnico, as diretrizes de ação, de comunicação, de prestação de serviços, enfim, ao conjunto de ações e estratégias que Guerra (2013) denomina instrumentalidade, enfrenta grandes desafios para se consolidar na prática concreta nos atendimentos que, a qualquer momento, tornam-se incertos, seja por razões de ordem orçamentária, seja por razões políticas.

É fundamental evidenciar a importância do Assistente Social, se apropriar das contradições que perpassam a política de saúde para que se engaje no processo de defesa do SUS e da luta antimanicomial brasileira, através de sua atuação nos espaços sócio-ocupacionais e como fomentadores do debate acerca da luta pela efetivação do direito à saúde e controle social, conforme Kernin:

Não basta na atualidade dominar o conhecimento interventivo reduzido à demanda que nos é apresentada. É preciso mais! É preciso compreender o sujeito dentro de sua perspectiva histórica em que se situa no espaço social de construção de suas relações (2005, p.16).

O Serviço Social torna-se importante profissão na área da Saúde mental, pois atua diretamente nas expressões da questão social, a qual, muitas vezes, se manifesta com a exclusão dos usuários do serviço de saúde mental. Associado a este “estigma” da doença mental a outras demandas sociais, manifestadas pelas contradições próprias do capitalismo. Compreende-se que as pessoas em sofrimento mental passaram e ainda passam por preconceitos e a condição se intensifica quando essas pessoas se encontram nas camadas mais vulneráveis da população, desta maneira, o trabalho do Assistente Social na saúde mental se concretiza na busca pela inserção e valorização do sujeito, bem como na garantia do acesso aos serviços, o que vai de encontro aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O Serviço Social na área de Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura crítica destas para dar conta das demandas institucionais, sem perder de vista a visão histórica dos processos que envolvem a problemática do usuário com a sociedade que o cerca, como família e a comunidade em que está inserido, sobre a perspectiva de identificar e intervir em situações que se configuram como demandas de sua prática profissional, com o objetivo de lutar para a garantia e construção dos direitos dos seus usuários.

As atribuições exclusivas do Assistente Social nas políticas públicas, não devem ser desenvolvidas somente como ações pontuais que visam atender demandas mais imediatas, à medida que são solicitadas, as competências profissionais assumem um maior direcionamento em relação à defesa dos direitos do usuário, do atendimento integral, da reinserção social e na defesa da cidadania e reintegração do sujeito ao seu ambiente familiar, com ações como visitas domiciliares, atendimento aos familiares e realizações de estudos sócio-

econômicos permitem uma maior aproximação à demanda e coloca possibilidades de intervenções mais efetivas, estimulando a mobilização, participação e o controle social (IAMAMOTO, 2003).

Um desafio em instituições psiquiátricas e, de saúde em geral, é que ainda está presente o processo de hierarquização profissional, através do modelo biomédico centrado na figura do médico com o foco somente na doença, no qual o saber médico se sobrepõe aos conhecimentos dos outros profissionais que trabalham na saúde mental, mesmo com diretrizes que trazem a importância de uma equipe multidisciplinar e a troca de saberes para a garantia de um cuidado integral ao usuário (BISNETO, 2011).

Outro desafio que surge ao Assistente Social são tarefas, que não são atribuições próprias, mas se colocam a este profissional, com o objetivo de não contratar outros profissionais para evitar custos adicionais, a instituição que apresenta essas demandas ao Assistente Social justifica a necessidade de intervenção do profissional nestas, pois colocam essas práticas como demandas sociais. Essa ação, por sua vez, tem por finalidade questões de ordem econômica e política e se intensifica com o modelo neoliberal. Assim:

[...] questões financeiras se tornam 'sociais', e da mesma forma os problemas legais. Questões de moradia e transporte também são consideradas como sociais. No atendimento [...] do SUS não é obrigatório o trabalho profissional de economistas, advogados, contadores, urbanitários, administradores, entre outros. Muitos problemas contextuais caem nas mãos dos assistentes sociais. Na contratação de mão - de obra especializada, a lógica do capital não é otimizar os serviços, mas minimizar os custos (otimizar o lucro), não é 'dar mais empregos', mas 'reduzir a folha de pagamento'. Sob essa visão, o Serviço Social executa várias ações de disciplinas diferentes por conta de sua 'generalidade social' (BISNETO, 2011, p.132).

O tratamento dos pacientes destas instituições, para o Assistente Social, deve ir além do aspecto da doença, ele deve analisar as relações que este usuário está inserido, a sua relação com a família, com a comunidade, devendo intervir em todas as questões que sejam de sua competência, esse processo deve ser realizado com capacidade crítica que este profissional apresenta.

O desafio é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas

como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo (IAMAMOTO, 2003, p. 75).

O Assistente Social deve se inserir em ações socioeducativas devendo construir e efetivar junto aos usuários e profissionais, espaços que garantam a participação popular diante de disseminação de informações, não apenas em forma de um atendimento, mas que possam buscar conhecimentos acerca dos demais subsídios e processos sobre a questão da Reabilitação Psicossocial, vista como cidadania, como um conjunto de estratégias capazes de nortear e crescer na dinâmica e experiências para um efeito habilitador. Esse processo deve ter a capacidade de abertura de negociação para os sujeitos e suas famílias traduzindo-se de forma educativa, uma vez que seu efeito será multiplicado pelos mesmos atores envolvidos no espaço, que facilitem o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral (CFESS, 2010).

O processo socioeducativo das famílias diante dessa aproximação dos serviços e dispositivos de Saúde mental, se torna importante para o combate ao estigma destas pessoas e, simultaneamente, elucida a temática para as pessoas com transtornos mentais, com o objetivo de que estes sejam reconhecidos como sujeitos e não apenas como alguém que tem uma doença, como ponto de partida para quebrar antigos conceitos acerca da doença mental.

Para isso, deve-se investir em ações voltadas as classes populares, assim como campanhas de saúde e os saberes transmitidos pelas instituições de saúde. A partir dessas ações há diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico, concedendo espaço ao experimento de serviços comunitários e ações integradas à dinâmica social. A relação entre educação e saúde propicia o vínculo entre profissionais e a população, que traz à tona maneiras de orientar os sujeitos à sua autonomia em face de compreensões de informações para a melhoria de vida (VASCONCELOS, 2010).

O controle social no campo da saúde mental, na atual conjuntura de luta pela reforma sanitária e, particularmente, da reforma psiquiátrica, é de extrema importância e deve ser pensado através de várias ações necessárias para exercê-lo, sendo preciso contar com representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos Conselhos de

Saúde, em seus diversos níveis (local, distrital, municipal, estadual e nacional). O controle social deve ser exercido pela participação e ocupação em todos os demais espaços de ação política/social, em comissões especiais (principalmente, a de saúde mental), como previsto na estrutura do SUS. Precisamos ocupar este importante espaço de atuação política e de gestão do sistema, principalmente tendo em vista a enorme mobilização de retrocesso das políticas de saúde mental, para a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, da assistência psiquiátrica do nosso país (CNS, 2019).

São impostos limites, para a atuação nas políticas públicas, todos os dias diante do atual cenário político de retrocessos, mas cabe ao profissional de Serviço Social utilizar do arcabouço teórico da profissão para se fortalecer perante a problemática da saúde pública e garantir essa importante política, faz-se necessário o posicionamento diário crítico e reflexivo do Assistente Social.

Com um posicionamento ético-político para articular e atribuir seu papel de atuação respaldados pelas competências profissionais e instrumentais no campo da Saúde Mental em defesa intransigente da liberdade dos sujeitos contrário a corrente neoliberal conservadora que preconiza retrocessos na PNSM, na contramão dos avanços garantidos pelos movimentos sociais como o MRP, que preconiza a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade com o protagonismo do usuário.

O Serviço Social, dentre os profissionais que atuam na área da saúde mental, é o que mais possui conhecimento sobre como auxiliar e orientar a família, verificando o perfil das famílias usuárias dos serviços, as políticas sociais que podem ser acionadas para dar suporte a esse grupo. Nota-se o quanto o enfraquecimento desta relação, deixa os indivíduos mais vulneráveis diante da doença e de seu enfrentamento.

Assim como o quanto investir nesse fortalecimento pode trazer benefícios a todos os envolvidos no processo contínuo do cuidado e autocuidado para o tratamento. Tal fato pode ser observado durante o estágio curricular na área da saúde mental, pois o fortalecimento do vínculo familiar-usuário faz com que o enfrentamento da doença seja realizado de forma efetiva, ajudando a prevenir uma nova internação.

O próximo capítulo busca fazer um relato da experiência vivenciada no campo de estágio, a partir da execução do projeto de intervenção, mostrando-se

como uma alternativa/possibilidade de intervenção e atuação potente para os Assistentes Sociais no campo da saúde mental, atuando com grupos operativos, espaço que irá promover o acesso à informação e ao cuidado em saúde mental.

4 CAPÍTULO 4: A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO PSICOSSOCIAL PAULO GUEDES

Conforme nos traz Rossato et al (2006), no artigo publicado na Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, a história da atual unidade de internação psicossocial, inicia-se em 1968 como Centro Comunitário de Saúde Mental, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, surgiu da união de interesses entre o curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e a Secretaria de Saúde municipal de Santa Maria.

O atendimento era realizado por professores de psiquiatria visando o treinamento dos alunos de medicina para elucidação diagnóstica, educação familiar, triagem de pacientes enviados para o hospital psiquiátrico São Pedro, localizado em Porto Alegre; assistência aos egressos do referido hospital e aos familiares; articulação com outros serviços clínicos dos centros de saúde, em especial, os de assistência às gestantes e à infância. Em março do mesmo ano, esse centro foi transferido para o Campus da Universidade, recebendo a denominação de Hospital Psiquiátrico por ser anexo ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), tendo suas atividades iniciadas em 1969, em 1972, iniciou o sistema de Hospital Dia e, em 1974, estruturou a unidade de internação (Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, 2006).

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, o Hospital Psiquiátrico passou a ser uma Unidade de Hospital Geral denominada Paulo Guedes (UPG) possui os serviços de internação e ambulatorial, a UPG dispõe de 30 leitos, para ambos os sexos (Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, 2006).

O HUSM é um Hospital Regional, atende a 4ª Coordenadoria de Saúde, que abrange 32 municípios. Na unidade psicossocial Paulo Guedes, o principal objetivo do trabalho do serviço social é a garantia dos direitos dos usuários de saúde mental tanto na unidade de internação, nos atendimentos no ambulatório psiquiátrico quanto na rede de apoio no território do usuário, através do atendimento às famílias, estudo da situação social e econômica de cada usuário em situação de internação, servindo de mediador entre usuário e a rede de

serviços existentes orientando e intervindo diretamente no acesso e garantia, aos direitos estabelecido pela reforma psiquiátrica brasileira.

Conforme a lei, a internação é a entrada em um hospital psiquiátrico ou em alguma outra instituição para o tratamento em regime de internação, deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, de modo a garantir que a finalidade do tratamento seja a volta do paciente à vida em sociedade, assegurando ao paciente internado o direito a um tratamento com caráter progressivo, visando a sua desinternação. São de três tipos (BRASIL, 2001): internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória.

A internação voluntária é a internação que ocorre com o consentimento do paciente, que deve assinar uma declaração, dizendo que optou por esse tratamento. O término do acompanhamento pode ser solicitado pelo paciente, desde que a internação não tenha se tornado involuntária.

A internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de uma terceira parte, normalmente a família. O candidato a esse tipo de tratamento normalmente oferece algum tipo de perigo a si mesmo ou àqueles ao seu redor. O fim do período de internação depende do consentimento por escrito de um responsável e/ou do psiquiatra encarregado do tratamento do paciente, variando de acordo com o cenário. O pedido do familiar ou responsável não é suficiente para que ocorra a internação, sendo necessário que um médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde se localiza o estabelecimento, a autorize.

A internação compulsória é determinada por um juiz, respeitando a lei vigente e levando em consideração a segurança do estabelecimento e do usuário. Não é necessária a autorização da família. A Lei 10.216/2001 também determina que qualquer internação involuntária e todo registro de alta de um paciente, devem ser informados ao Ministério Público Estadual em até 72 horas.

A maioria das internações são as compulsórias, na qual a família, além do sofrimento pelo transtorno, se vê obrigada a acionar a justiça para poder dar um tratamento para seu familiar que, muitas vezes, não aceita a doença e põe sua vida e/ou integridade física em perigo ou de pessoas próximas a elas (OMS, 2018).

Outro tipo de internação que vem aumentando e que chama a atenção é a involuntária por tentativa de suicídio, conforme dados, onze mil pessoas morrem por ano no Brasil vítimas de mortes por lesões auto-infligidas, estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes, além do aumento significativo de casos, acometendo pessoas de diferentes idades, com diferentes situações econômicas, sociais e de diferentes regiões do país. Segundo OMS, o suicídio é um ato involuntário contra a vida, um fenômeno complexo e universal, presente em todas as culturas, classes sociais, sexo, idades e tem causas multivariadas que envolvem elementos biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais (OMS, 2018).

Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses com demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo. A depressão é um transtorno mental comum e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Globalmente, estima-se que 300 milhões de pessoas são afetadas por essa condição, sendo que mais mulheres sofrem de depressão do que homens (OMS, 2018).

A depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente, prejudicando substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou na escola, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (OMS, 2018).

Transtorno afetivo bipolar afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, consiste em episódios de mania e depressão, separados por períodos de humor normal. Os episódios de mania envolvem humor elevado ou irritado, excesso de atividade, pressão de fala, autoestima inflada e uma menor necessidade de sono. As pessoas que têm episódios de mania, mas não experimentam episódios depressivos, também são classificadas como tendo transtorno bipolar (OMS, 2018).

A esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Psicoses, são caracterizadas por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e

comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário). O transtorno pode tornar difícil para as pessoas afetadas trabalhar ou estudar normalmente (OMS, 2018).

A esquizofrenia geralmente tem início ao fim da adolescência ou no começo da vida adulta. O tratamento com medicamentos e apoio psicossocial é eficaz. Com o tratamento adequado e suporte social, as pessoas afetadas podem voltar a ter uma vida produtiva e integrada à sociedade. Ampliar o acesso às formas de assistência cotidiana, atenção domiciliar e suporte para a inserção no mercado de trabalho são medidas de apoio para que as pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, atinjam os objetivos de sua reabilitação, já que enfrentam maiores dificuldades em acessar empregos ou residência (OMS, 2018).

Esses transtornos acima citados são de maior incidência na unidade de internação psicossocial do HUSM, que conta diariamente com profissionais de diferentes formações, com constantes capacitações e integração para dar um tratamento de qualidade para os usuários da saúde mental de Santa Maria e região.

Desta forma, durante a internação na Unidade Paulo Guedes são realizadas oficinas/projetos para a integração de todos, tais como: roda de chimarrão, autocuidado, café com música, biblioteca, mesa de pingue pongue, desenhos para colorir, descida ao pátio três vezes ao dia, além de um educador físico que vai três vezes por semana e uma recreacionista que vai todas as tardes jogar bingo e outros jogos, estas e outras atividades desenvolvidas, servem para deixar o ambiente menos hospitalocêntrico. Produzindo o cuidado em saúde, promovendo a socialização e a autonomia dos usuários, a maioria dessas atividades são realizadas pelos residentes da unidade.

O Serviço Social na unidade, organiza reuniões semanais, para discussões entre o Serviço Social da unidade, compostos por profissionais residentes e estagiários referente às demandas sociais trazidas pelos usuários dentro de uma perspectiva teórico-metodológica da profissão, fazendo uma análise sócio-histórica desses sujeitos, para compreendê-los dentro do seu contexto social e

familiar, na sua integralidade, com aporte teórico crítico para embasar as suas ações.

Usando este espaço como método de qualificar e garantir o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, da profissão, conforme nos traz lamamoto (2008, p. 208):

Requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita, também um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los.

O Assistente Social também participa da reunião semanal com todos os trabalhadores da unidade, com um número representativo da equipe de enfermagem. Espaço semanal de discussão entre a equipe multidisciplinar para falar das possíveis altas da semana e analisar os casos mais complexos dentro do contexto psicossocial, garantindo a totalidade do usuário, fortalecendo a integração da equipe, constituindo-se numa proposta que visa práticas que superem o tradicional modelo médico-centrado e hospitalocêntrico ampliando a perspectiva de intervenção com foco na doença e remissão de sintomas para ações que possibilitem produção de saúde. Como define Vasconcelos (2008, p. 50):

São relações profissionais horizontalizadas, trabalho em conjunto e enriquecimento mútuo. [...] A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está, de modo implícito, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto [...]

Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação, não devendo olhar somente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla e para isso cuidar de maneira integral dos sujeitos em internação e sua família.

Entender a família em sua complexidade, visto que é para a unidade familiar que o sujeito retornará após o período de internação e, para isso, a família necessita de conhecimento referente à saúde mental, acompanhamento e assistência para receber seu familiar, visando à promoção da saúde e ao aumento da autonomia destas pessoas na sua comunidade (BRASIL, 2006).

Outro espaço que se concretiza para o Serviço Social na unidade é o acolhimento, seu principal objetivo é a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre o profissional e o usuário/familiar para levantar dados familiares, a fim de garantir o acesso e a permanência ao tratamento, encaminhando para a rede de apoio no território conforme a demanda levantada junto à família. Conforme nos traz Guerra:

O Serviço Social possui modos particulares de plasmar suas racionalidades que conforma um “modo de operar”, o qual não se realiza sem instrumentos técnicos, políticos e teórico, tampouco sem uma direção finalística e pressupostos éticos, que incorporam o projeto profissional (2011, p. 203).

O acolhimento não é um espaço, com hora ou local, mas com uma postura ética, que implica compartilhamento de saberes, angústias e intenções, tomando para si a responsabilidade de “ouvir” o sujeito em suas demandas, com resolutividade, em uma relação de confiança. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) para a construção de relações de confiança, compromisso e fortalecimento de vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva e refere-se à receptividade, à disponibilidade e ao respeito à demanda do outro (BRASIL, 2006).

Os processos e objetivos para o princípio de desinstitucionalização foi fundamental na Reforma Psiquiátrica brasileira e na construção da política de saúde mental. Essa perspectiva prioriza um tratamento aberto, por meio de serviços substitutivos, que não prive o indivíduo, com transtorno mental e/ou com problemas decorrentes do uso de drogas, do convívio em sociedade. Espera-se que, a RAPS, regulamentada por meio da portaria 3.088 em 2011 no âmbito do SUS, compactua com essa perspectiva, pois nela está descrita uma série de serviço de caráter substitutivo ao internamento de longa duração.

O principal objetivo do trabalho do serviço social na unidade psicossocial Paulo Guedes é a garantia dos direitos dos usuários de saúde mental tanto na

unidade de internação quanto do ambulatório psiquiátrico, quanto na rede de apoio no território do usuário, através do atendimento, servindo de intermediário entre usuário e a rede de serviços extra hospitalar existentes, auxiliando na garantia do direito a medicação, orientando e intervindo diretamente no acesso aos direitos previstos na Lei 10.216/2001.

Para uma atuação condizente com as orientações éticas da profissão e projeto ético-político da profissão que realmente alcance, o cerne da problemática da saúde e o fortalecimento, dessa importante política pública, faz-se necessário o posicionamento diário do assistente social crítico e reflexivo.

4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO MÃO AMIGA: GRUPO DE APOIO AOS FAMILIARES

O período de execução do projeto de intervenção, ocorreu durante o segundo Estágio Curricular, iniciado no dia 20 de março de 2019 e finalizado dia 26 de junho de 2019, contabilizando o total de doze encontros. No primeiro dia, foi feita uma apresentação do projeto ao grupo e da importância do mesmo para todos os envolvidos no processo. No último encontro foi aplicado um questionário e uma roda de conversa com avaliação de todos os encontros.

O projeto denominado “Mão Amiga” busca suprir as necessidades e demandas advindas da UIP, observada durante o Estágio I, onde foi identificada a importância de desenvolver um projeto para dar uma dinâmica diferente ao grupo existente na unidade. Visto que era um espaço sem participação dos familiares e sem atividades que atraísse o público-alvo.

O projeto de intervenção teve por objetivo promover o fortalecimento de vínculos e compartilhar saberes referentes à saúde mental aos familiares dos usuários com transtornos psíquicos, buscando quebrar o estigma da doença. Além disso ampliar a participação da família no cuidado dos usuários e no autocuidado, sendo organizado e pensado para parentes e/ou cuidadores de usuários que se encontram em tratamento na UIP.

Conforme as assistentes sociais e pesquisadoras ROSA e MELO (2009) nos trazem em seus estudos sobre família e saúde mental, entende-se que as unidades familiares são as principais mediações entre a sociedade e as pessoas com transtornos mentais.

Levando por meio desse projeto, a promoção e a integração transversal dos familiares ao tratamento dos usuários; compreendendo a família como um núcleo de pessoas que convivem em um mesmo lugar, ligados a laços de sangue ou não, que possuem valores e costumes semelhantes, e compreendendo-a como a primeira e a mais importante instituição social presente no cotidiano do usuário (MIOTO, 2000). Pois é para a unidade familiar que o sujeito retornará após o período de internação e para isso, a família necessita de conhecimento referente à saúde mental, acompanhamento e assistência para receber e auxiliar seu familiar.

Lembrando que a família também necessita ser assistida através do suporte social e assistencial visto que, essa também passa por um processo de adoecimento junto com a pessoa com transtorno mental (MOTTA, 1997). Em virtude disso, o Projeto Mão Amiga tem como uma das suas finalidades dar maior visibilidade ao grupo de familiares existente na unidade.

Diante da realidade observada durante o estágio foi possível perceber que as atividades em grupo realizadas na unidade, não contemplavam as demandas advindas dos familiares, pois a dinâmica desenvolvida anteriormente não possibilitava criar vínculos efetivos entre serviço e familiares, não contemplando acolhimento e promoção de saúde aos familiares dos usuários em tratamento nesta unidade.

Com isso, justifica-se a relevância e continuidade do projeto, pois após observação na UIP, foi possível identificar que a instituição oferece a ferramenta de grupo, mas não investe na sua operacionalização e formação do mesmo, em vista de que se faz praticamente ausente, medidas que atendam às necessidades de informação e promoção/prevenção de saúde mental para os familiares, auxiliando o acesso dos familiares e usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral.

Alguns estudiosos como Rosa (2011) mostram que existem diversas percepções sobre terapias de famílias as quais possuem limites no trato com a população mais vulnerável, que nem sempre compreende o ato de ir em um serviço e “apenas falar” do seu sofrimento. No entanto, reagem de maneira mais positiva com atividades mais lúdicas e interativas que permitem de uma forma mais atrativa entender e enfrentar seu processo saúde-doença.

As atividades desenvolvidas no grupo de familiares vai ao encontro com o PTS, que traz propostas de ações terapêuticas articuladas e direcionadas a um

sujeito, família ou coletividade, tem como objetivo estabelecer estratégias de intervenção para o usuário, que contam com recursos da equipe multiprofissional, do território, do próprio sujeito e da família, todos esses elementos devem estar articulados do início da internação a alta médica para salientar a importância da continuidade do tratamento na comunidade. Como nos traz a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), (2004):

Em conformidade disso, o processo de trabalho do Assistente Social na saúde mental irá exigir um trabalho em equipe multiprofissional, que vai de encontro com a proposta do presente Projeto, utilizar a criatividade e a colaboração de profissionais de diversas áreas, visto que o cenário dessas famílias que acompanham seus familiares com transtornos mentais por vezes apresenta um cenário com diversas expressões da questão social. (PNAS, 2004, p. 41).

Dessa forma, o projeto de intervenção Mão Amiga foi de extrema relevância e importância, pois possibilitou um espaço de construção coletiva e criação de vínculos entre serviço e familiares, à medida que as ações eram planejadas e realizadas a partir das demandas e necessidades relatadas pelos participantes. No cenário de “hospitalização”, a abordagem através de grupos operativos torna-se imprescindível em vista, o contexto histórico e a dinâmica da sociedade que passam por inúmeras mudanças no campo da saúde, como as que ocorreram no fim da década de 80, com a implantação do SUS no Brasil, através do Movimento da Reforma Psiquiátrica, nesse cenário, essas ações foram baseadas nos novos conceitos em relação aos saberes e práticas defendidas por estudiosos que acreditavam em uma atuação diferenciada dos profissionais diante ao processo saúde/doença (VASCONCELOS, 2010).

Em relação aos saberes e práticas multiprofissionais na saúde mental de atuação diferenciada dos profissionais frente ao processo de adoecimento, ou seja, do entendimento que saúde não é apenas ausência de doença, mas, multicausal, a partir de seus determinantes econômicos, sociais, biológicos, culturais entre outros, traz uma linha de cuidado mais humanizada (PNAS, 2004).

Assim, no momento em que as enfermidades e transtornos mentais passam a ser compreendidas como expressão da questão social, entendendo que o adoecimento deste usuário/trabalhador, em um cenário sócio econômico e político a qual captura sua subjetividade e controla o modo de vida em prol do capital e não apenas como resultado ou manifestações de processos internos ao indivíduo.

Sendo assim, a família ocupa um lugar determinante, para a intervenção do serviço social, tanto para a desconstrução de estigmas, quanto para o cuidado em saúde, compreendendo que a família é a centralidade do cuidado nas políticas sociais (ROSA, 2011).

Portanto, destacando assim a importância do projeto Mão Amiga frente no enfrentamento e no cuidado, como propósito de contribuir para o fortalecimento da saúde mental dos familiares dos usuários com transtorno mental assim como ampliar a participação da família no cuidado do usuário e no autocuidado, contribuindo na quebra de estigma acerca da doença e a construção de uma identidade social, como nos traz Goffman (2008):

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que tem probabilidade de serem nele encontrados. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com "outras pessoas." (GOFFMAN, 2008, p.11)

Sendo assim, conforme a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Faz-se necessário destacar:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (BRASIL, 2001)

Portanto, para que a pessoa com transtorno mental retorne à sua família é fundamental que esta família esteja preparada e assistida para esse processo, levando em consideração o artigo citado acima, no que se refere à recuperação da pessoa com sofrimento psíquico através de sua reinserção na família, observando a subjetividade desses sujeitos na sua integralidade.

Ressalta-se nessas considerações que o direito à informação não está restrito apenas ao conhecimento dos direitos e do legalmente instituído nas políticas sociais. Inclui-se o direito dos usuários de usufruírem de todo conhecimento socialmente produzido, especialmente daqueles

gerados no campo da ciência e da tecnologia, necessário para a melhoria das condições e qualidade de vida ou para que os usuários possam acessar determinados bens ou serviços em situações específicas. Acresce-se ainda que o direito à informação não se restringe ao acesso à informação. Ele pressupõe também a compreensão das informações, pois é ela que vai possibilitar seu uso na vida cotidiana. Dessa forma, o uso da informação ou a incorporação da informação pelos sujeitos, torna-se um indicador importante de avaliação no processo de construção da autonomia dos indivíduos, dos grupos e das famílias, que é a grande finalidade das ações educativas (MIOTO, 2010, p.06).

Levando-se em consideração, os princípios balizadores da criação do SUS, integralidade, equidade e universalidade, necessita-se pensar a integralidade como a garantia do indivíduo como cidadão e, que tem o direito a assistência à saúde e que essa, vá além da prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando que o sujeito está inserido em um contexto social, familiar e cultural.

O Serviço Social na saúde mental, apesar dos inúmeros avanços, ainda está inserido em uma realidade que possui uma relação muito forte com o modelo hospitalocêntrico. Com isso, o mesmo precisa romper esse vínculo e tem o desafio de adquirir um novo olhar, isto é, a reconstrução dos fazeres profissionais tradicionais, com novas práticas e modelos de intervenção para que o trabalho com as famílias não seja um trabalho de poucos, ou de alguns profissionais, mas sim de todos os trabalhadores em saúde mental (ROSA, 2011). Desse modo, esse projeto vai ao encontro a superação do contexto mencionado, pois o modelo de intervenção proposto pelo projeto Mão Amiga possui uma dinâmica diferente da utilizada na UIP.

Durante a formulação do projeto de intervenção Mão Amiga os objetivos do projeto foram divididos em geral e específico, sendo divididos em:

Objetivos Gerais, foi promover a quebra de estigma acerca das pessoas portadoras de transtornos mentais levando informações e escuta especializada aos familiares de forma horizontal e de mão dupla, bem como ampliar a participação da família no cuidado do usuário e no autocuidado, estimulando uma maior participação no grupo de familiares já existente na unidade.

Objetivos Específicos, Acolher e desenvolver vínculos de familiares; Ampliar a participação da família no cuidado do usuário e no autocuidado; Desenvolver atividades dinâmicas, palestras e atividades, com os profissionais da residência multiprofissional; Promover discussões críticas sobre temas que envolvem a

saúde mental e outros temas que podem surgir da demanda dos próprios familiares; Capacitar as famílias para lidar com as consequências sociais e afetivas da doença; Promover o fortalecimento da saúde mental dos familiares e Promover a quebra do estigma acerca dos usuários de saúde mental.

As atividades realizadas no projeto de intervenção foram construídas previamente (apêndice A), conforme as necessidades observadas no dia a dia da unidade, para serem levadas ao grupo de familiares da UIP. Trazendo a Associação de Amigos e Familiares de Bipolares de Santa Maria (AFAB) e Espaço Nise da Silveira; uma fala referente à temática de cada profissão com os residentes da unidade, em segundo momento a escuta dos familiares. Mas, como a realidade está em constante transformação, algumas atividades foram substituídas por outras ou até mesmo pela própria estagiária, levando ao conhecimento dos presentes à Lei da Reforma Psiquiátrica e o funcionamento da rede de apoio psicossocial. Foram realizadas busca ativa com ligações para todos os familiares, convidando-os a participarem do grupo.

Durante os encontros, de forma horizontal e coletiva eram construídas e compartilhadas estratégias de saberes e cuidado de todos os envolvidos. Com desconstrução de estigmas e a importância de procurar ajuda profissional caso necessitassem, sendo distribuído material da rede psicossocial de Santa Maria produzido pela estagiaria (apêndice B). A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e suas diretrizes:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Combate a estigmas e preconceitos; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; Diversificação das estratégias de cuidado.

Conforme a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, RAPS, tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do

acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MS, 2017).

Conforme preconiza a Lei 10.2016 “Atenção integral ao usuário com atendimento aos familiares individual e em grupo. Com um cuidado na quebra de estigma acerca da doença e a construção de uma identidade social, como nos traz Goffman (2008):

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que tem probabilidade de serem nele encontrados. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com “outras pessoas” (GOFFMAN, 2008, p.11).

O projeto de intervenção demonstrou-se resolutivo e efetivo na produção do cuidado apoiado entre os profissionais do serviço e familiares, dessa forma se ressalta a importância de sua continuidade na UIP. O espaço onde ocorreram os encontros possui uma boa estrutura, sendo equipado por cadeiras, mesas, computador e quadro, com boa ventilação, conforme foto pessoal no apêndice c.

A importância da atuação do assistente social frente a grupos, com clareza teórico-metodológica sobre trabalho com grupos operativos e ética profissional. Pois, através disso se delimita a operacionalidade do trabalho e a intencionalidade das ações. Conforme do Código de Ética da profissão, art.5º: “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CEP, 1993, p.5).

Art.5º- São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; fornecer a população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo serviço social e as suas conclusões, resguardado ao sigilo profissional; esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (CFESS, 2011).

O grupo de familiares é um espaço de grande importância para o serviço social para ocupar como estratégia interventiva, para articular as diferentes dimensões que compõem a intervenção profissional atuando com uma ação socioeducativa que visa a socialização de informações e a prática reflexiva dos sujeitos envolvidos, desenvolvendo habilidades de crítica do cotidiano, bem como

a capacidade de autonomia, possibilitando a transformação social e novas formas de sociabilidade.

Articulando teoria e técnica do fazer profissional da saúde mental, interagir com o usuário com respeito e empatia faz bem tanto para o usuário quanto o profissional que se vê reconhecido e requisitado para executar a escuta sensível das demandas objetivas e subjetivas destes sujeitos.

Seguindo essa lógica, Miotto (2009) enfatiza que as ações socioeducativas se materializam em duas ordens: socialização de informações e processo reflexivo. A socialização de informações atua no compromisso de garantir o direito à informação tal como preconizado na CF/88, no repasse de informações que possibilitem uma melhor qualidade de vida ao usuário. Enquanto isso, as ações socioeducativas que fomentam o processo reflexivo:

[...] se desenvolve no percurso que o assistente social faz com os usuários para buscar respostas para suas necessidades, imediatas ou não. Pauta-se no princípio de que as demandas que chegam às instituições, trazidas por indivíduos, grupos ou famílias, são reveladoras de processos de sujeição à exploração, de desigualdades nas suas mais variadas expressões ou de toda sorte de iniquidades sociais. Ele tem como objetivo a formação da consciência crítica. Esse objetivo somente se realiza à medida que são criadas as condições para que os usuários elaborem, de forma consciente e crítica sua própria concepção de mundo. Ou seja, que se façam sujeitos do processo de construção da sua história, da história dos serviços e das instituições e da história da sua sociedade (MIOTTO, 2009, p.503).

Para os profissionais implicados nesse processo é necessário perceber as diversas esferas que compreendem a vida do ser humano e as redes que existem no território considerando que as pessoas vivem num constante processo de sofrimento, de ausência de certezas, onde o agravamento das condições sociais de vida, desemprego, violência, impossibilita a política pública de saúde ou práticas individuais dar conta de atender toda a complexidade de situações que os sujeitos vivenciam as expressões da questão social no cotidiano (MIOTTO, 2009).

Torna-se fundamental a discussão de casos entre os profissionais da equipe multidisciplinar, onde saberes e práticas são compartilhados. O trabalho em rede apresenta-se como um desafio na maioria dos serviços, onde os níveis de atenção não se articularem, prevalecera um sentimento de isolamento, de ineficácia e de resistência. Conforme nos traz Faleiros (2011, p.161):

Os atores que trocam saberes encontram-se numa relação de poder articulada historicamente, na ligação entre as forças, sobre o econômico e o político, entre a vontade e as mediações possíveis pelas forças em presença e em confronto. [...] A reconceituação do Serviço Social não consiste numa revolução linear da assistência à transformação, mas na luta constante pela construção de uma sociedade sem exploração e dominação mudando-se as relações pessoais, políticas e ideológicas e econômicas nas diferentes instituições da cotidianidade.

É necessário que o assistente social desenvolva um cenário capaz de mostrar a sua importância e a sua contribuição na construção do processo de Reforma Psiquiátrica, onde juntamente com os outros profissionais da saúde mental, os usuários desta política, os familiares, a sociedade como um todo deve estar envolvida neste processo. Conforme nos traz Bisneto:

Por exemplo, na prática do assistente social na área de Saúde Mental, os objetos de Serviço Social e da psiquiatria estão ligados, conforme os estudos epidemiológicos que comprovam que problemas sociais levam a problemas mentais [...] Mas, para além dos estudos estatísticos, é necessária a análise histórica e estrutural da relação entre os fenômenos da Saúde Mental e da Assistência Social (BISNETO, p. 91, 2011).

Com isso, salienta-se a importância da parceria estabelecida pela AFAB, que deu apoio ao projeto e participou dos encontros com um representante de cada segmento da associação, levando uma fala referente a sua experiência acerca da saúde mental. Conforme a tese de mestrado de Noal (2014); a associação começou como um projeto de extensão vinculado ao HUSM tornando-se uma associação sem fins lucrativos, fundada em 28 de maio de 1997, destinava-se a acolher qualquer pessoa interessada em participar profissionais, usuários da saúde mental do município ou não e/ou familiar, independentemente de onde faça seu tratamento e independente do transtorno psicossocial que apresente.

Os associados são bastante heterogêneos, incluindo portadores de bipolaridade e seus familiares, tanto provenientes do próprio ambulatório, quanto oriundos de consultórios particulares da cidade e região. Possui como objetivo a busca de informações e trocas de experiências, estimulam o caráter reflexivo do grupo, através de relatos e trocas de experiências sobre estigma ou autoestima, suicídio “nostalgia” da euforia, sobrecarga familiar ou qualquer outra questão proposta, seja pelos portadores de bipolaridade, seja por seus familiares e/ou cuidadores (NOAL, 2014, p.14).

A psiquiatra da AFAB e Espaço Nise da Silveira, durante o projeto levou ao grupo de familiares uma fala sobre Abordagens de Manejo Familiar, com *slides* em *powerpoint* e roda de conversa propiciando o debate, com objetivo de qualificar o manejo de familiares no cuidado de seus parentes após a alta. Após sua participação no grupo, fez menção do mesmo no seu relatório mensal para sua chefia do núcleo de vigilância epidemiológica do HUSM, enviando uma cópia para o enfermeiro chefe da unidade psicossocial, ressaltando a importância do mesmo.

Segundo relato da palestrante no seu relatório de ação educativa enviado para núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar do HUSM e UIP fala sobre sua participação no grupo de familiares e a importância do projeto Mão Amiga, “parece-me fundamental a continuidade de projetos como o desenvolvido pela estagiária Cleci Antônio, para sensibilizar, educar e capacitar familiares a como, verdadeiramente, podem evitar novas internações psiquiátricas de seus parentes, através de detecção precoce de sinais e sintomas e manejo adequado de seus familiares para o tratamento de manutenção”.

Mesmo sendo um espaço de grande rotatividade, houve uma significativa participação dos familiares que contribuiu para a formação e fortalecimento deste importante espaço, o projeto iniciou com vinte e uma pessoas e finalizou com oito pessoas. Pois, com isso, afirma-se a importância de qualificar esse espaço, para promover e prevenir a saúde mental dos sujeitos envolvidos, vindo a ser um aliado ao cuidado pós alta diminuindo as chances de reinternação.

O resultado foi levantado pela aplicação de um questionário (apêndice E) com cinco perguntas fechadas para demonstrar a satisfação, relativa ao espaço, aos assuntos abordados, duração dos encontros, a importância do espaço e a quantidade de encontros que participou. Além dessas, havia três perguntas abertas para descrever o que mais gostou, o que menos gostou e sugestões de assuntos para serem abordados nos próximos encontros.

Houve uma boa avaliação aos itens levantados e quanto ao número de encontros foram os mais variados por haver muita rotatividade e aos encontros acontecerem no meio da semana, sugestões trazidas, foram levar assuntos referentes a transtornos mentais específicos e que continue esta metodologia nos encontros, sem descrição do item de que menos gostou; e no item o que mais gostaram foi trazida a nova dinâmica do grupo e os assuntos abordados.

A avaliação qualitativa, atingida com o projeto foi positiva, pois, algumas pessoas foram a todos os encontros durante a internação de seu familiar, entendendo a temática proposta, levando sugestões, interagindo com o grupo e agradecendo pelas informações recebidas, que vieram de encontro a sua atual situação, e com reconhecimento de suas demandas, requisitando a assistente social após as reuniões contribuindo para o fortalecimento de vínculos com o profissional de Serviço Social e com os demais profissionais pois a proposta foi levar um profissional de cada área da unidade, com o cuidado multiprofissional para um cuidado integral dos sujeitos envolvidos, conforme prevê a Lei nº 10216.

Dessa forma, reafirma-se a importância de qualificar esse espaço operativo, para promover e prevenir a saúde mental dos sujeitos envolvidos, vindo a ser um aliado ao cuidado pós alta diminuindo as chances de crises que exija uma nova internação. E da importância do serviço social em ocupar este espaço como estratégia interventiva para articular as diferentes dimensões que compõem a intervenção profissional atuando com uma ação socioeducativa que visa à socialização de informações e a prática reflexiva dos sujeitos envolvidos, desenvolvendo habilidades de crítica do cotidiano, bem como a capacidade de autonomia, possibilitando a transformação social e novas formas de sociabilidade.

Para isso, faz-se necessário apreender as demandas e determinações sociais postas em seu cotidiano profissional, conhecendo o objeto de intervenção para identificá-lo e atuar sobre ele, do fortalecimento do vínculo familiar ao tratamento do usuário com transtorno mental, sempre na garantia de direito desvelando as expressões da Questão Social ao qual está inserida essa família.

Em uma sociedade pautada pelos princípios neoliberais, influenciando para a desarticulação das políticas sociais e a manutenção do Estado mínimo, ferem diretamente os usuários da saúde mental com a precarização dos serviços prestados em rede, gera ineficiência na integralidade do cuidado em liberdade, colocando em risco as conquistas trazidas pela Lei 10.216/2001.

O profissional do serviço social tem o dever de reafirmar a garantia de ações que vão ao encontro dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, através da articulação política entre atores interdisciplinares e intersetoriais, construindo estratégias de cuidado e de responsabilização dos sujeitos envolvidos, tanto na esfera institucional quanto social, apoiando e fortalecendo movimentos de resistência e de controle social (conforme apêndice D).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF/88, traz a saúde relacionadas com as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, contribuir com a organização dos serviços, orientado pelas propostas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, mostra-se fundamental no processo de produção de saúde e defesa da vida.

A partir disso, perceber os processos históricos da política de saúde mental, compreender e analisar a intervenção do Serviço Social no âmbito na saúde mental, inserido em uma unidade hospitalar psicossocial, evidencia-se a importância da intervenção do Assistente Social dentro de grupos operativos com familiares. Esse, a fim de articular juntamente com o espaço de cuidado em saúde mental, uma dinâmica diferenciada que leve a democratização de informações referentes a direitos, promoção/prevenção e quebra do estigma referente aos transtornos mentais e seus determinantes sociais.

A estratégia de aproximação e o envolvimento da família é muito importante, uma vez que é a primeira a experimentar os danos no plano psicológico, da própria vida e do plano material/financeiro, resultado da dificuldade de relação e aceitação familiar, devido ao pouco conhecimento da sociedade, a respeito das pessoas com transtorno mental, que gera o preconceito, resultado desta desinformação, gerando isolamento das famílias perante o ambiente social e familiar. Na UIP, emergem diariamente desafios das expressões da questão social, que desafiam o fazer profissional de toda a equipe e cabe ao serviço social o olhar crítico e reflexivo, articular as redes de apoio necessárias para desvelar as necessidades econômicas e sociais dos sujeitos envolvidos, para dar um suporte efetivo priorizando a integralidade do cuidado do usuário e sua família.

O Serviço Social tem um importante papel na política de saúde mental, o qual exige a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença, com intuito de buscar estratégias para o enfrentamento destas questões apresentadas, alicerçados no seu fazer profissional e no código de ética como balizador de suas ações cotidianas.

A falta de suporte dos serviços psiquiátricos que, por vezes, deixam as famílias agirem sozinhas na dinâmica do cuidado com a pessoa com transtorno mental, acabam sofrendo também por falta de outros cuidados e orientações que poderiam ser oferecidos para a melhoria de vida dos familiares e do sujeito, como a redução de reinternação, para os pacientes com crises recorrentes, de forma horizontal e com dinâmica de grupo, com temas que vise aumentar a compreensão sobre a Reabilitação Psicossocial dentro da sua comunidade. O Assistente Social inserido nas ações socioeducativas constrói e efetiva junto aos trabalhadores da saúde, espaços que garantam a participação popular diante das informações não apenas em forma de um atendimento, mas que adotem o projeto ético político da profissão para dar subsídios e processos, para que facilitem o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral.

Formar uma identidade de grupo com os participantes, principalmente com aqueles que já passaram pelo serviço com mais de uma internação de seus entes hospitalizados na unidade e desconhecem que existem leis que amparam seu familiar na perspectiva de direito sem o viés de ajuda e/ou caridade, mas sim como seres de direito a todas as políticas que auxiliem na construção da sua autonomia na sociedade.

O trabalho do Assistente Social junto às ações socioeducativas e à Educação em Saúde, como forma de emancipação da pessoa com transtorno mental, em tempos de retirada de direitos, é de grande importância para a manutenção do avanço e a busca de consolidação do movimento da Luta Antimanicomial buscando sempre a concretização dos princípios da Reforma Psiquiátrica. As discussões sobre o reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental não apenas dando visibilidade pública, mas, deixando de ser um tema de interesse limitado a profissionais progressistas da área, mas passar a envolver também usuários, familiares dos serviços da rede psicossocial e a população em geral exercendo o controle social conforme preconiza a Lei do SUS.

Com este trabalho de conclusão de curso espera-se auxiliar na reflexão da estruturação da saúde no país até os dias atuais com seus avanços e retrocessos, principalmente na saúde mental juntamente com a reconceituação da profissão de Serviço Social que traz pressupostos para a articulação da categoria na garantia e defesa dessa importante conquista do povo brasileiro, juntamente minha

contribuição no grupo de familiares, trazendo reflexões e vivência nesta área rica de trocas, de vínculos e de afeto entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Disponível em:

<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>.

Acesso em: 27 set. 2019.

BARATA, R. C. B. Cadernos de Saúde Pública. **Cad. Saúde**

Pública vol.3 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1987. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000100002>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3 ed. São Paul; editora Cortez, 2011.

BRASIL. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília:

CFESS, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências. Diário Oficial da União. Brasília DF, de 31 de dezembro de

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 20 jun. de 2019.

BRASIL. **Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde & Ministério da Previdência e Assistência **Social**. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 14 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde Mental - CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos** –Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas & Respostas (perguntas 01 a 12); Brasília. 2002. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/9689.html>>. Acesso em 26 maio. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria no 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, no 10. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p Brasília: março de 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 14 maio 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS* João Paulo Pinto da Cunha & Rosani Evangelista da Cunha.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Tese de Doutorado da autora, apresentada à PUC/SP, em 1991, com o Título “A Questão da Saúde e o Serviço Social- as práticas profissionais e as lutas do setor. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em 10 jun. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **A Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes**. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br>>.

leg.br/noticias/448436-saude-publica-no-brasil-ainda-sofre-com-recursos-insuficientes/>. Acesso em: 05 de out. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 20 jun. de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/confsaudemental/control-social.htm>>. Acesso em 10 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/redepsico-sociaisfinal1.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2019.

CRUZ, A. Reforma Tributária e Novo Pacto Federativo. In Revista Eletrônica CONSENSUS. Brasil. Ed. 32. Ago/set/out de 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/>> Acesso em 10 nov. 2019

FALEIROS, V. P. **Estratégia em serviço social**. 10º ed.; São Paulo; editora Cortez, 2011.

FONTE, E. M. M. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Estudos de Sociologia, Recife, v. 1, n. 18, 2012.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 9º ed. São Paulo; editora Cortez, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma: Nota sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**; 4ºed.; Rio de Janeiro; LTC, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6º edição. São Paulo: Cortez, 2003.

KERIN, F.A.J. **As Mediações em Redes como Estratégia Metodológica do Serviço Social**. 2º ed. Porto Alegre: Editora PUCRS, 2005.

LIMA, J. T. DE S. O INÍCIO DA ASSISTÊNCIA À LOUCURA NO BRASIL. **Revista Em Debate** - Fascículo nº8. PUC-Rio de Janeiro.19/10/ 2009. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.pucRio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=14411@1>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

MATEUS, M.D.; MARI, J.J. Cap. I. **O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios**. IN: MATEUS (ORG). Políticas de saúde mental. São Paulo: 2013.

MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade; **Revista Serviços Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.046>>. Acesso em 20 de abril de 2019.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**; São Paulo; 1º ed. Editora Cortez, 2013.

MIOTO, R. C. T. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias**. Cadernos Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais, CFESS, Brasília, módulo 5, 2010. p. 1-16,

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998.

MOURA, E. A.; ORDACGY, F. F. P. B. **Direito à saúde, políticas públicas do Sistema Único de Saúde e acesso ao serviço público hospital e ambulatorial**. Revista Brasileira de Políticas Públicas. V.4, n.1, p.49-58, Jan.–Jun. 2014.

MOROSINI, L. Desproteção à vista - Reforma da Previdência pode mudar o modelo de seguridade social no Brasil e afetar a realidade de trabalhadores em todo o país. In: Revista **RADIS**. Rio de Janeiro. edição 202. jul 2019. p 12-15.

MOTTA, A. A. **A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

NETO, E. R. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1998. p.7-17.

NOAL, M. H. O. **O SIGNIFICADO DE UMA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NO TRATAMENTO E TRAJETÓRIA DE VIDA DE SEUS SÓCIOS**-Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2014.

OGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Venezuela: OMS, 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 27 SET. 2019.

PADILHA, A. Em 2019, maior desafio da saúde pública no Brasil é a sobrevivência do SUS. In: **[Entrevista disponibilizada em 06 de abril de 2019, a Internet]**. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/04/em-2019-maior-desafio-da-saude-publica-no-brasil-e-a-sobrevivencia-do-sus/>>. Entrevista concedida a Rodrigo Gomes. Acesso em: 10 out. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira** Contribuição para a compreensão e crítica. Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz Salvador, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, J. A. C. (2019). **O método investigativo de Marx**. *Serviço Social E Saúde*, 18. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v18i0.8656804>. Acesso em: 10 out 2019.

PERES, A.C. EU PARTICIPO, TU PARTICIPAS... Gestores, profissionais e usuários reunidos em Brasília discutem o papel do Conselho Nacional de Saúde e os desafios da participação social. In: **Revista RADIS**. Rio de Janeiro. n.204. set 2019. p.12-21.

REBOLI, K. G.; KRUGER, T. R. **Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental**. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2,2013., Florianópolis. Anais. Florianópolis: CRESS, 2013. Disponível em: <<http://cressc.org.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

ROSA, L. C. S. Transtorno mental e o cuidado na família. 3º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, L. C. S.; MELO, T. M. F. S. **INSERÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: EM FOCO O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS**. In Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, v. VII-VIII, n. 78, Dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v7i1/2.8634933>. Acesso em: 10 MAI 2019.

ROSSATO, V. et al. Práticas desinstitucionalizadoras em uma unidade de internação psiquiátrica. In: **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 01-12, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38639/41486>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SILVA, AX. **Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social**. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117-146. ISBN 978-85-7879-193-3. Disponível em:<SciELO Books>.Acesso em: 10 jun. 2019.

SILVA, H. M. **A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**, 1996.

VASCONCELOS, E M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

APÊNDICE A - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DOS ENCONTROS E CALENDÁRIO.

VENHA PARTICIPAR DO GRUPO DE FAMILIARES COM UMA DINÂMICA DIFERENCIADA NO PERÍODO DE 20/03 A 12/06

Grupo de familiares da unidade Paulo Guedes As quartas-feiras, a partir das 14 hs. Com diálogos sobre saúde mental, cuidado e direitos de usuários e seus familiares.

20/03- Apresentação da dinâmica dos próximos encontros e escuta dos familiares;

27/03- Palestra da psiquiatra Martha Noal do Espaço Nise da Silveira & AFAB (associação de familiares e amigos de bipolares de Santa Maria);

03/04- Palestra com assistente social da unidade;

10/04- Palestra com familiares da AFAB;

17/04- Palestra com residente de terapia ocupacional da unidade;

24/04- Palestra com o projeto comunidade da fala da AFAB;

08/05- Palestra com residente de enfermagem da unidade;

15/05- Palestra com o grupo de testemunho da AFAB;

22/05- Palestra com residente de psicologia da unidade;

29/05- Palestra com o psicólogo da unidade;

05/06- Palestra com o médico residente de psiquiatria da unidade;

12/06- Avaliação dos encontros e interação do grupo.

APÊNDICE B – MATERIAL FORNECIDO AOS FAMILIARES SOBRE A REDE PSICOSSOCIAL DE SANTA MARIA

Serviços de Atenção Psicossocial de Santa Maria

ACOLHE SAÚDE- Porta Aberta

Rua Treze de Maio, nº 35 Telefone: (55) 3219-2333

POLICLÍNICA CENTRAL JOSÉ ERASMO CROSSETTI – Encaminhamento da UBS

Rua Floriano Peixoto, 1752.FONE: (55) 3921-1097

POLICLÍNICA NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO -Encaminhamento da UBS

Rua Serafim Valandro, 400 FONE:(55) 3921-1094 / 3921-7028

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

CAPS II Prado Veppo, Atende Pessoas com Transtornos Mentais Graves

Avenida Helvio Basso, 1245Fone: 3921-7042

CAPS Ad II Caminhos do Sol

Atende Pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas

Rua Euclides da Cunha, 1695. Fone: 3921-7144 e 3921-7281

CAPS Ad II Cia do Recomeço

Atende Pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas

Rua General Neto, 579. Fone: 3921-1099

CAPS i II - O Equilibrista

Atende Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais

Rua Conrado Hoffmann, nº 100. Fone: 3921-7218

Atendimentos psicológicos oferecidos pelas universidades de Santa de Maria - Conforme agendamento

UFSM - 3220 9229

UFN - 3025 9070

SEFAS - 32234145

ULBRA - 3214 2333 ou 3214 1044

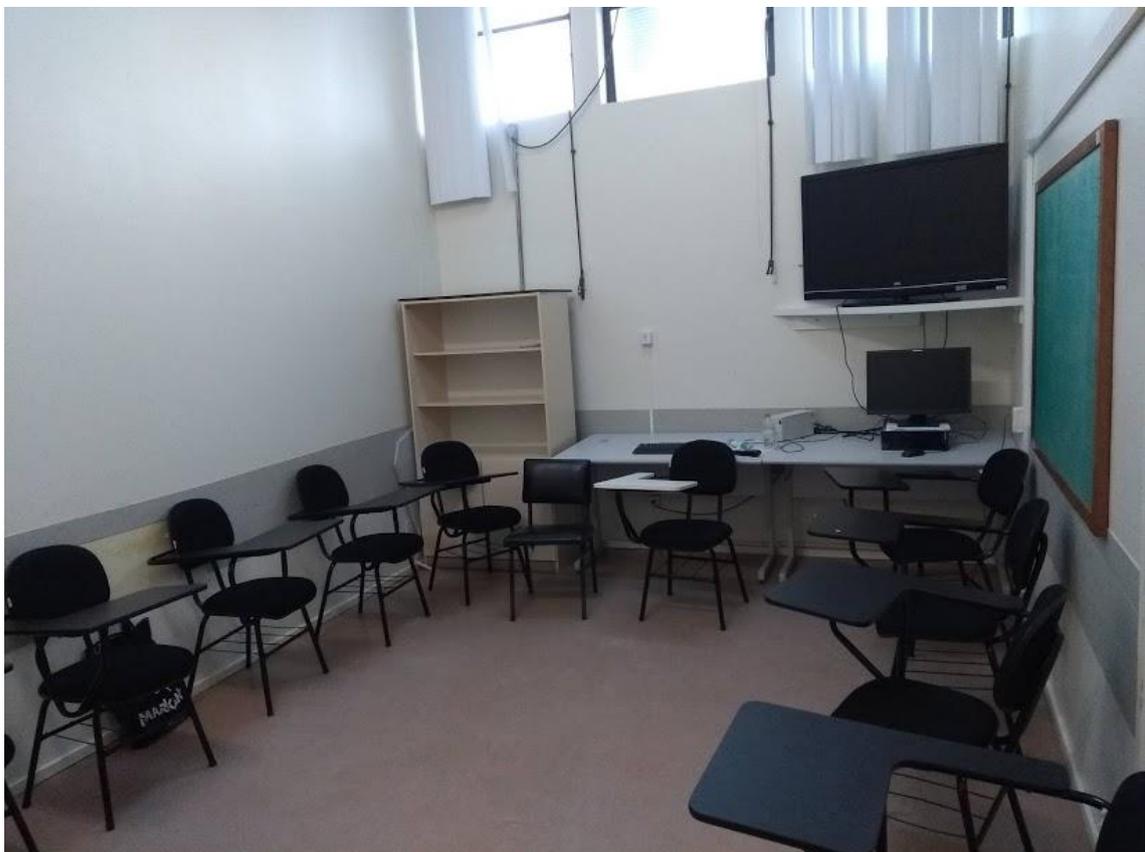
FISMA - 3025 9725

BANCO DA ESPERANÇA – 3223 0219

APÊNDICE C - LOCAL DOS ENCONTROS



Fonte: Arquivo pessoal.



Fonte: Arquivo pessoal.

APÊNDICE D – CAMINHADA ANTIMANICOMIAL EM MAIO DE 2019



Fonte: Arquivo pessoal.



Fonte: Arquivo pessoal.

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Obrigado pela sua participação em nosso grupo! Gostaríamos da sua opinião, para isso responda às perguntas abaixo:

1) Qual a nota geral que você dá para o grupo?

1 2 3 4 5

2) Quantos encontros você participou?

1 2 3 4 ou mais

3) O que você achou da localização do grupo?

Ótima Boa Regular Ruim

4) O que você achou do assunto abordado no grupo?

Ótimo Bom Regular Ruim

5) O que você achou da duração do encontro?

Ótimo Bom Regular Ruim

6) O que você MAIS gostou do encontro?

7) O que você MENOS gostou do encontro?

8) Você tem alguma sugestão, comentário ou crítica para melhorar nossos encontros?